

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE **1026**

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME d'ÉTAT)

PAR

Lucien IRIS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 Janvier 1928 à PARIS

présentée et soutenue publiquement le

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES INFECTIONS PUERPERALES
COLIBACILLAIRES**

(à propos d'un cas de septicémie post-partum)

Président : Monsieur MOLLARET (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir Delavigne
PARIS - VI^e

1957



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

-:-

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Lucien IRIS

Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 24 janvier 1928 à P A R I S

-:-

Présentée et soutenue publiquement
le



-:-

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DES INFECTIONS PUERPERALES COLIBACILLAIRES

(à propos d'un cas de septicémie post-partum)

-:-

Président : Monsieur MOLLARET (Professeur)

-:-

D.P. TAIB

8, rue Casimir Delavigne

PARIS

1957.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I. - PROFESSEURS

Anatomie	CORDIER	
Anatomie pathologique	DELARUE	
Bactériologie	FASQUELLE	
Biologie app. à l'Education phys. } et aux Sports	CHAILLET-BERT	
Biologie Médicale	FAUVERT	
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.	
Carcinologie	REDON	
Chimie Méd.	JAYLE	
Clinique Chir. {	Hôtel-Dieu	MENEGAUX
	Salpêtrière	MOULONGUET
	Cochin	QUENU
	Beaujon	SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES	
Clinique Chir. réparatrice et } orthop.	MERLE d'AUBIGNE	
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN	
Clinique Chir. infantile et } d'orthop.	FEVRE	
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY	
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.	
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS	
Clinique de Puéricult.	LELONG	
Clinique des maladies cutanées } et syphilitiques	DEGOS	
Clinique des mal. du sang	MARCHAL	
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE	
Clinique des maladies des enf.	CATHALA	
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET	

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
Cliniques Médicales	{ BARIETY JUSTIN-BESANÇON MOREAU de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL VARANGOT LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G. Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat. chir.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLEUX THOMERET VERNE (J.M.)
Ana.Path.	(CHRISTOL NEVOT		
Bactériologie	(BOURLIERE		
Biol. Méd.	(ETTORI POLONOVSKI J.	Pat.expéri- ment.	(MAURICE LOEPER
Chimie méd.	DUPERRAT		(BOUVIER
Dermato-syph.	TUCHMANN		(BOUDIN
Embryologie	(COUJARD N.		(BRICAIRE
Histologie	CORNET		(BRISSAUD
Hydrologie	(BOYER DEPARIS		(CASTAIGNE
Hygiène	BASTIN		(CONTE
Mal.infect.	(DEROBERTE	Path.Med.	(DEROT
Médecine)	(GAULTIER		(DOMART
légale et	(HADENGUE		(LAMOTTE
du Trav.)	DAVID		(LAROCHE
Neurochir.	LHERMITTE		(MACREZ
Neurologie	(GRASSET		(MILLIEZ
	(LE LORIER		(PEQUIGNOT
Obstétrique	LEPAGE		(PERRAULT
	MERGER		(RAMBERT
	MORIN		(ROYER
	RAVINA		(THIEFFRY
	(ROBEY		(TURIAF
Ophtal-)	(BREGEAT	Pédiatrie	(WOLFROMM
mologie)	(DESVIGNES		(POLONOVSKI Cl.
Orthopédie	JUDET		(MOZZICONACCI
Oto-rhino-)	(AUBRY		(JOSEPH
laryngol.)	(MADURO		
Parasito.	BRUMPT	Pharmacol.	Melle LEVY
Parasito.col.	CHABAUD		(BARGETON
	(ABOULKER	Physiol.	(DEJOURS
Pat. chir.	(BARCAT		(PARROT
	BAUMANN	Physique)	(DJOURNO
	(CAUCHOIX	Médicale)	(GOUGEROT
		Pneumo-phtis.	KREIS
		Psychiatrie	(BARUK
			(PICHOT

MM.

MEM.

Psych. infant. N...
Rhumatologie DELBARRE
Stomato. { CHAPUT Mme
CERNEA

Urologie. KUSS
Thérapeut. CHASSAGNE

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

MM.

MM.

	(AMELINE
	(HUGUIER
Clin.Chir.	(LEGER
	(PADOVANI
	(ROUX
Clinique)	(ECALLE
obstét.)	(MAYER
Clin.opht.	OFFRET

Urologie N...
Clinique Méd. (DREYFUS
(HAGUENAU
(KOURILSKY

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef	Dr HAHN
Conservateur	Melle GOICHON
	Melles DUMAITRE
Bibliothécaires	LE NOIR
	LAURENT
	QUIEVREU

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A mes Parents

A ma Femme

A mes Fils

A mes Amis

A la Mémoire de ma Tante

Yolande SAMSOVICI

A Monsieur le Professeur P. MOLLARET

Professeur de Clinique des Maladies Infectieuses

Médecin de l'Hôpital Claude-Bernard

Chef de Service à l'Institut Pasteur

Qui m'a fait l'honneur de bien
vouloir présider cette thèse.

En témoignage de reconnaissance
pour l'enseignement qu'il m'a
prodigué dans son service.

A Monsieur le Docteur Robert WORMS

Médecin de l'Hôpital Lariboisière
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse, m'a guidé dans mon travail
et dont l'enseignement m'a été
si précieux.

Qu'il veuille bien agréer l'hommage
de ma profonde reconnaissance et
de mon respectueux attachement.

A Monsieur le Professeur J. DELARUE

Professeur d'Anatomie Pathologique à la
Faculté de Médecine de Paris
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qu'il veuille bien trouver ici
l'expression de ma grande
reconnaissance pour la bien-
veillance qu'il m'a toujours
témoignée.

A mes Maîtres des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur Agrégé H. PEQUIGNOT
Monsieur le Docteur M.-A. DOLLFUS
Monsieur le Professeur J. LENEGRÉ
Monsieur le Professeur Agrégé P. MAURICE
Monsieur le Professeur J. HAGUENAU
Monsieur le Professeur Agrégé B. DUPERRAT
Monsieur le Professeur J.-B. DEPARIS
Monsieur le Docteur C. LAUNAY
Monsieur le Docteur A. LEMARIEY
Monsieur le Docteur R. CATTAN

Au Docteur G. GARNIER

Médecin de l'Hôpital Saint-Lazare

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES
INFECTIONS PUERPERALES COLIBACILLAIRES
(à propos d'un cas de septicémie post-partum)

-:-

Ce serait une erreur de croire que Pasteur, en décrivant, dans les lochies et le sang de femmes mortes de fièvre puerpérale, la présence "de microbes en chapelets de grains" qui devaient recevoir le nom de Streptocoques, avait exclu l'intervention d'autres micro-organismes à l'origine de cette infection.

Dans la note présentée devant l'Académie des Sciences le 3 mai 1880, où étaient relatées 6 observations de fièvre puerpérale, il rapportait que 3 fois lesensemencements avaient fourni des cultures pures de germes en chapelets de grains, mais que 3 fois ceux-ci étaient associés au vibrion septique et à l'organisme des furoncles ; et il concluait : "il n'existe donc pas de parasite puerpéral proprement dit".

Dans les années qui suivirent, d'autres germes que le streptocoque furent isolés en effet au cours de l'infection puerpérale (Dolérís, Cushing, Frankel, Noeggerak, Brieger), staphylocoques ou germes anaérobies.

Mais c'est Fernand Widal, le premier semble-t-il, qui isola le colibacille.

1889 : F. Widal, dans sa thèse, étudiant 16 cas de septicémie puerpérale, découvre, dans 14 cas le streptococcus pyogène et, dans 2 cas, un bâtonnet qui "présentait tous les caractères de l'organisme trouvé dans l'infection urinaire". Cette étude bactériologique reposait sur les cultures pratiquées sur "le pus pendant la vie, ou les organes pendant la mort".

1901 : Schottmuller publie une observation de fièvre puerpérale à colibacilles. "Le colibacille fut isolé du sang le jour même où débuta l'infection, et le colibacille fut le seul microbe que l'on put déceler dans l'utérus infecté" (A. Lemierre : Thèse).

1904 : F. Widal et A. Lemierre publient l'observation "d'une femme enceinte de six mois (qui) fait un avortement ; immédiatement après, elle est prise de signes de méningite aiguë et succombe au bout de quatre jours. L'ensemencement du sang et du L.C.R. purulent ont montré du colibacille à l'état de pureté, colibacille virulent pour le lapin."

Cette observation fut reprise par A. Lemierre dans sa thèse.

1907 : A.D. Blackader et B.D. Gillies publient une observation d'infection généralisée à colibacilles avec septicémie hémolysante et hémoglobinisante, rapidement mortelle.

Il s'agit d'un état infectieux, post abortum, avec ictère ; à l'hémoculture, du colibacille a été retrouvé, mais faute de recherches en milieu anaérobie, on ne peut éliminer l'action du *B. perfringens*.

1908 : Marquis rapporte, à côté d'un cas de septicémie puerpérale à colibacilles survenue après un accouchement dystocique, trois cas de septicémie puerpérale où la culture a révélé du colibacille associé à d'autres germes (staphylocoque, streptocoque, bacille pseudo-tétanique).

1914 : Braillon et P. Merle rapportent le cas d'une méningite aiguë purulente à colibacilles, post-abortum, ayant entraîné la mort par épendymite aiguë suppurée.

1918 : Potocki ayant fait pratiquer, systématiquement, des hémocultures chez 196 femmes atteintes d'infection puerpérale, trouve 91 cultures positives soit 46,4 %. Dans 3 cas, il découvre des colibacilles isolés ; dans un cas, le colibacille était associé à un diplocoque.

1920 : F. Widal, A. Lemierre et P. Brodin, rapportent un cas de septicémie colibacillaire avec arthrite du coude droit, phlébite des deux membres inférieurs, survenue après un accouchement, avec hémoculture positive les 18ème et 22ème jours de la maladie.

1924 : A.R. Felty et C.S. Keefer rapportent un cas de septicémie colibacillaire post-partum avec complication pulmonaire.

1926 : Cathala et Chabrun rapportent une observation associant :

- thrombose de la veine cave inférieure et
- embolie pulmonaire infectée par le colibacille.

1930 : Sauve fait état d'une observation de septicémie colibacillaire grave post-abortum, guérie par une injection intraveineuse de bactériophage adapté.

1932 : A. Lemierre, A. Laporte, D. Mahoudeau-Campoyer publient un cas de septicémie colibacillaire post-abortum dont l'évolution fut compliquée par un pyopneumothorax putride, fistulisé dans les bronches.

1934 : Ayache rapporte au Congrès National de la Colibacillose (Châtel-Guyon) un cas de septicémie colibacillaire guérie par le sérum anticolibacillaire de Vincent.

1936 : G. Rouhier publie deux cas de septicémie à colibacilles après avortement.

Chevassu rapporte un cas de septicémie colibacillaire post-partum.

1950 : R. Merger, R. Legros, H. Valentin rapportent une observation de méningite à colibacilles du post-partum, guérie par la streptomycine.

1951 : Ecalle, Roussel, Labignette publient l'observation d'une méningite colibacillaire chez une accouchée. Guérison par streptomycine. (Une hémoculture fut positive sur trois examens pratiqués, et révéla du colibacille).

1955 : A.M. Ramsay, E.H. Brown, S.M. Manners citent un cas de septicémie "fulminans" à colibacilles survenu après un avortement, à évolution fatale en quarante huit heures.

C'est en 1955 également que notre maître R. Worms, avec J. Ph. Mery et J. Hummel, rapporte, à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, l'observation qui représente la base de ce travail.

°°

LES OBSERVATIONS

Observation R. Worms (désignée dans le texte par la lettre W).

Cette observation mérite d'être rapportée intégralement, tant est remarquable la succession des événements. Rappelons qu'elle a déjà été publiée.

Il nous a semblé logique, plutôt que de la résumer, d'en reprendre les termes exacts:

"Mme L..., âgée de 32 ans, linotypiste, entre à l'hôpital Lariboisière, le 4 juillet 1954, sur les conseils du Dr Vernant, pour un état fébrile qui a débuté dix jours plus tôt dans les suites immédiates d'un accouchement à terme.

Le 22 juin, Mme L... a donné naissance, au neuvième mois d'une grossesse normale, à un enfant normalement constitué ; l'accouchement est long, difficile, nécessite l'emploi de forceps et se complique d'une déchirure du col ainsi que d'une déchirure périnéale qui est immédiatement suturée.

Le 25 juin, les pertes saignantes, qui existaient depuis l'accouchement, augmentent d'abondance et deviennent fétides. Peu après apparaissent des frissons intenses, généralisés, de courte durée, qui se reproduiront plusieurs fois au cours de la journée et se répètent les trois jours suivants. La température, prise seulement matin et soir, reste peu élevée,

37°8, 37°9. Le 30 juin, pour la première fois, elle s'inscrit le matin à 40°. Un traitement par la terramycine est alors institué à la dose quotidienne de 1,50 g. Le traitement reste sans action sur les frissons, la température oscille entre 39° et 40°. Le 3 juillet, la malade est transportée à Lariboisière.

Au premier examen, le 4 juillet, la malade apparaît dans un bon état général : température, 38°9 ; pouls, 100 ; respiration, 30. Aucun trouble fonctionnel en dehors d'une certaine fatigue, d'une petite toux sèche. Les pertes, peu abondantes, ont perdu leur fétidité initiale. L'examen ne met en évidence aucun signe de localisation ; abdomen souple, foie débordant légèrement les fausses côtes, peu sensible ; rate percutable sur trois travers de doigt, non palpable. Aucun signe d'atteinte veineuse périphérique. Aucune éruption cutanée. Coeur bien frappé, un petit souffle sus-apexien à cheval sur le 1er bruit et sans propagation. Tension artérielle, 10,5-6. Un cliché thoracique montre une image cardiaque et pulmonaire normale. A l'examen périnéal (Dr Ravina), la déchirure périnéale est incomplètement cicatrisée mais propre. Le col est fermé à deux doigts, utérus un peu gros ; on perçoit à droite la déchirure vaginale ; pas de cordon veineux perceptible dans le ligament large ; la partie inférieure de l'utérus est facilement explorable : plaie placentaire un peu irrégulière. En conclusion, pas de rétention notable.

Examens de laboratoire - Numération globale : G.R., 3.930.000, G.B., 21.200 ; P.N., 86 ; Lymphocytes, 10 ; Monocytes, 3 ; Myélocyte, 1.

Urines : Albumine, néant ; Culot : nombreuses cellules épithéliales, assez nombreux leucocytes, pas de germes à l'examen direct ; ensemencement négatif.

Urée sanguine : 0,60 par litre.

Test de tolérance à l'héparine : normal.

Une hémoculture en milieu aérobie et anaérobie, pratiquée l'après-midi même au cours d'un frisson, donne naissance en vingt-quatre heures à de nombreuses colonies d'*Esch. coli*. Anti-biogramme : germe très sensible à la pénicilline et à la streptomycine employées isolément moyennement sensible au chloramphénicol et à l'auréomycine, très peu sensible à la terramycine. L'association pénicilline-streptomycine se montre douée d'un pouvoir bactéricide très élevé.

La pénicillinothérapie instituée dès l'entrée, à la dose quotidienne de 10.000.000 d'unités, est portée deux jours plus tard à la dose de 20.000.000 d'unités en association à 1 g de streptomycine.

Du 4 au 9 juillet, le tableau clinique ne se modifie guère. L'état général demeure satisfaisant, l'appétit est conservé, la diurèse normale, l'azotémie s'est abaissée à 0,25 g. Cependant les frissons persistent au rythme de 3 ou 4 par jour. La température oscille entre 38°8 et 40°. Une hémoculture, le 6 juillet, reste stérile. Celle qui est pratiquée le 7 donne à nouveau naissance à des cultures d'*Esch. coli*. La leucocytose reste élevée au voisinage de 20.000. Le nombre des hématies s'est abaissé, le 8 juillet, à 2.940.000. Ce même jour, la pénicilline est arrêtée et remplacée par l'administration quotidienne de 2 g de chloramphénicol.

Le 10 juillet, l'état de la malade s'est aggravé, comme en témoigne avant tout l'altération du visage aux traits tirés, aux yeux cernés, d'une pâleur cireuse. Le pouls s'est brusquement accéléré, battant à 140. Une certaine euphorie, par instants à la limite du délire, contraste avec l'extrême asthénie qui empêche le moindre mouvement. Aucun signe de localisation viscérale n'est apparu. Un nouveau cliché thoracique fournit une image pulmonaire normale, le cœur apparaissant un peu augmenté de volume. L'électrocardiogramme est

cependant normal. Hémoculture positive ; formule sanguine sans changement notable. A l'antibiothérapie (chloramphénicol) s'ajoute l'administration de largactil per os et en injections intra-musculaires (50 mg).

Le 11 juillet, bien que l'on note une légère amélioration de l'état général et nerveux, des signes de défaillance myocardique font leur apparition : galop présystolique, tension artérielle 5-8 ; pouls : 160 , sous-crépitaux aux deux bases pulmonaires, le foie déborde les fausses côtes de deux travers de doigt, douloureux à la palpation ; oedème lombaire ; diurèse réduite, albuminurie. L'urée sanguine demeure à 0,20 g. Le chloramphénicol est continué, associé au largactil et à l'ouabaïne.

Le 12 et le 13, état sans changement.

Le 14, les signes de gravité s'accroissent. La malade est prostrée, inerte, en proie à un délire onirique avec carphologie. Abdomen météorisé, langue sèche, pouls 140, galop permanent, respiration rapide (44) superficielle, avec quelques pauses. Le foie a encore augmenté de volume. Oedème des membres inférieurs. Une hémoculture va donner naissance à un entérocoque. Toucher vaginal : col fermé, cul-de-sac gauche moins dépressible que le droit. Le chloramphénicol est interrompu et la malade reçoit à nouveau 10.000.000 d'unités de pénicilline et 2 g de streptomycine. En même temps, on décide de recourir aux méthodes de déconexion neuro-végétative continue.

Du 14 juillet à 13 heures au 18 juillet à 12 heures, la malade reçoit en perfusion dans les vingt-quatre heures : 1500 cm³ de sérum glucosé contenant 150 mg de largactil, 150 mg de phénergan, 30 cg de dolosal auxquels on ajoute à partir du 16 juillet 30 cg de novocaïne et 75 mg d'héparine.

Deux transfusions de 250 cm³ de sang sont pratiquées, l'une le 15, l'autre le 17. Des vessies de glace sont maintenues en permanence sous la nuque et sur les faces interne et externe des membres inférieurs.

Pendant cette période de quatre jours de déconnexion, l'état de la malade subit des variations. A certains moments, la respiration s'apaise, la langue est plus humide, le pouls se ralentit. A d'autres, le délire, le battement des ailes du nez, le galop s'accroissent. Instabilité du pouls et de la tension artérielle. La température est également variable. Dans la journée du 14 juillet, elle ne dépassera pas 39°3. Elle remonte le 15 ; dans l'après-midi du 16, elle s'abaisse à 35°5, et les perfusions ayant été interrompues, remonte dans la nuit à 40° 8. La reprise de la perfusion, le 17, la fait tomber à 35°5 ; dans la journée, elle remonte sous perfusion à 37°2, s'abaisse à nouveau à 35° ; le 18 à midi, elle est à 39°.

Les examens complémentaires pratiqués durant cette période donnent les résultats suivants : numération globulaire , 15 juillet : G.R. 1.980.000 ; G.B., 12.400 avec 83 p. 100 de polynucléaires . 17 juillet : G.R., 1.860.000 ; G.B., 19.200 avec 88 p. 100 de polynucléaires.

Culot urinaire : nombreuses cellules épithéliales, rares leucocytes, 5 ou 6 hématies par champ, pas de germes à l'examen direct, culture stérile.

Chlore plasmatique : 3,15 g. p. 1000 le 16 juillet, 3,28 g p. 1000 le 17 juillet, 3,33 g p. 1000 le 18 juillet.

Potassium : 190 mg p. 1000 ; Delta, 0°57 ; Réserve alcaline, 48 vol.

Azotémie : 0,20 g.

Le 18 juillet, c'est-à-dire au vingt-cinquième jour de la maladie, l'état général est extrêmement alarmant : délire avec désorientation, soubresauts musculaires ; les réflexes tendineux sont à peine perceptibles, langue rôtie, bruit de galop permanent ; le météorisme abdominal est considérable. Les oedèmes mal-léolaires et lombaires se sont beaucoup développés. Il n'existe toujours aucun signe de localisation métastatique. Le souffle mésosystolique ne s'est guère modifié. A noter

l'apparition d'un bouquet d'herpès. La température est à 39°, le pouls à 150, la respiration à 40. Une hémoculture donne à nouveau naissance à un colibacille.

On décide alors de suspendre la thérapeutique ganglioplégique et d'instituer un traitement par la cortisone. Une première injection de 50 mg est pratiquée à 12 heures, une seconde à 18 heures. La dose de pénicilline est portée à 24.000.000 d'unités, toujours associée à 2 g de streptomycine.

Le tableau clinique va alors se modifier d'une façon remarquablement rapide.

Le même jour, à 20 heures, la malade est parfaitement consciente, calme, attentive à tout ce qui l'entoure. Elle se réjouit de l'amélioration qu'elle ressent. La température, de 38°5 à 15 heures, s'est abaissée à 37°8 à 18 heures. Dans la nuit, la malade reçoit encore deux injections de 50 mg de cortisone; le lendemain 19 juillet, l'amélioration est encore plus remarquable. Le facies s'est transformé, la conscience est parfaite. Une selle abondante a été émise; le météorisme a disparu. Dans une véritable crise urinaire, 1500 cm³ d'urine sont émis dans les dix-huit heures qui suivent la première injection de cortisone. Le cœur est bien frappé. L'hépatomégalie se réduit, les œdèmes ont presque complètement disparu, de même que les sous-crépitaux aux bases pulmonaires. Température, 36°6; pouls, 100; tension artérielle, 11-7.

Numération globulaire : G.R., 2.040.000; G.B., 23.800, avec 88 p. 100 de polynucléaires.

La cortisone est continuée à la dose quotidienne de 200 mg en quatre injections, sans modifications des antibiotiques. Le traitement sera poursuivi jusqu'au 27 juillet. Dose totale de cortisone : 1.035 mg (le 28 juillet, une injection unique d'ACTH sera pratiquée).

Dans les jours suivants, les signes favorables se confirment. La température oscille entre 37° et 37°5. L'appétit réapparaît. La diurèse se maintient. Les bruits du cœur

restent bien frappés. L'anémie enfin tend déjà à se réparer et le 21 juillet, le nombre des globules rouges est remonté à 2.520.000 sans variation de l'hyperleucocytose.

Dans la nuit du 20 au 21 juillet, la malade ressent brusquement à la face latérale de l'hémithorax gauche un point de côté violent accompagné d'une toux sèche.

Le 22 juillet au matin, ces signes persistent sans que l'examen du thorax révèle le moindre symptôme. L'état général demeure excellent. Dans la journée, la malade, qui n'avait jamais expectoré depuis le début de la maladie, émet quelques crachats hémoptoïques.

Le 23 juillet, aux crachats hémoptoïques succèdent une vingtaine de crachats purulents dans lesquels l'examen bactériologique met en évidence l'existence de très nombreux colibacilles. Un cliché thoracique montre, à la partie externe des 5ème et 6ème espaces intercostaux gauches, une ombre ovale bien limitée, de la taille d'une grosse prune, au sein de laquelle apparaissent deux taches claires à contours nets se confondant par un de leurs bords pour prendre la forme d'une gourde renflée. Une ombre nuageuse mal limitée se voit à la base droite. Numération globulaire: G.R 2720.000; G.E., 26.000 à ec 83 p.100 de polynucléaires.

Le 24 juillet, l'expectoration s'est beaucoup réduite. Quelques rares crachats purulents sont émis dans les vingt-quatre heures. Sur un nouveau cliché, l'aspect bulleux de l'image parenchymateuse s'est précisé tout en augmentant un peu de taille. L'ombre, à sa périphérie, s'est amenuisée et le contour en est parfaitement linéaire. Une seconde image bulleuse est apparue à l'extrême base gauche au contact du diaphragme. Enfin, l'ombre de la base droite est mieux limitée, claire en son centre.

Du 25 au 30 juillet, alors que l'état général continue à s'améliorer, que la température demeure aux environs de 37, que la fréquence du pouls ne dépasse pas 90, l'expectoration

purulente augmente progressivement d'abondance pour atteindre 50 cm³ le 30 juillet. Une flore très variée de germes Gram + se mêle aux colibacilles. Les signes radiologiques s'accroissent : la première bulle gazeuse, celle du lobe supérieur gauche, augmente progressivement de taille en hauteur et surtout dans le sens antéro-postérieur, pour atteindre le diamètre d'une très grosse orange. De plus, dès le 29 juillet, apparaissait à sa partie inférieure un niveau liquide qui allait rapidement s'élever. Les deux autres bulles précédemment constatées augmentent elles aussi de volume. Un niveau liquide apparaît à leur partie déclive. Trois autres bulles sont apparues dont la taille restera modérée : deux dans le champ pulmonaire droit, une dans le champ pulmonaire gauche.

Le 31 juillet, l'état général est toujours excellent malgré l'extension des lésions pulmonaires. Il n'existe aucune dyspnée, aucune fétidité de l'haleine. Persistance de l'expectoration purulente. Numération globulaire : G.R., 2.790.000 ; G.B., 22.800 avec 79 p. 100 de polynucléaires.

Au vu du cliché thoracique qui montre une extension alarmante de la bulle principale, telle qu'on peut redouter sa rupture dans la plèvre, nous demandons l'avis chirurgical de notre collègue le Dr Sauvage, et son assistant, le Dr Hummel ; pratique une première bronchoscopie avec les résultats suivants : trachée et éperon normaux ; bronche souche gauche inflammatoire, muqueuse rouge et tussigène ; la bronche lobaire inférieure gauche et l'origine de Nelson sont normales ; la bronche lobaire supérieure gauche est rouge, inflammatoire, oedématisée ; quelques sécrétions épaisses à son origine sont prélevées, mais l'aspiration à la canule courbe ne ramène rien. Tamponnement large à l'adrénaline. La culture des sécrétions prélevées montrera l'existence de colibacilles et de streptocoques.

La bronchoscopie, bien supportée, est suivie dans l'après-midi d'une augmentation croissante

de l'expectoration qui réalise une véritable vomique (100 cm³ dans la nuit, autant dans la journée suivante). Elle contient de nombreux germes Gram + et - en majorité sensibles au chloramphénicol.

Le 1^{er} et le 2 août, la malade est un peu fatiguée, mais dans un bon état général. La température n'a pas dépassé 38°. Expectoration: 200 cm³ par jour, purulente, non fétide. Sur les clichés pratiqués quotidiennement, pas de modification des images hydro-aériques. Mais le 2 août, brusquement, le volume de la bulle apicale gauche s'est accru, s'étendant, sur le cliché de profil, du bord postérieur du rachis à l'ombre sternale. Le niveau liquide, en même temps, s'y est élevé. Le transfert de la malade dans le service de chirurgie thoracique du Dr Sauvage à l'hôpital Beaujon est alors décidé.

Dès l'arrivée de la malade dans ce service, le 2 août, une nouvelle bronchoscopie est pratiquée, suivie de l'instillation endo-bronchique de chloramphénicol.

Le 3 août, état clinique et radiologique sans changement. Une ponction transpariétale de la poche principale est pratiquée qui retire 20 cm³ de pus très fétide contenant une flore microbienne aérobie et anaérobie variée, en majorité sensible au chloramphénicol. Cette intervention est renouvelée le 6 août.

Du 3 au 7 août, état stationnaire ; température oscillant entre 37° et 38° ; expectoration non fétide (200 cm³ par jour) ; sur les clichés, la bulle principale se réduit progressivement de volume ; elle s'est vidée de la majeure partie de son contenu liquide. Les autres bulles n'ont pas changé d'aspect.

A partir du 7 août, l'expectoration diminue progressivement d'abondance ; 25 cm³ le 10 août, insignifiante les jours suivants, complètement tarie à dater du 22 août. La courbe thermique est descendue progressivement ; à partir du 8 août, elle ne dépassera pas 37°. Reprise progressive de l'appétit, du poids et

des forces. Le chiffre des leucocytes se réduit progressivement. La même amélioration s'inscrit sur les clichés successifs. Le 9 août, l'image liquidienne de l'abcès principal a complètement disparu. Le contour diminue d'épaisseur et le diamètre de la bulle continue à décroître. Les autres bulles se sont également asséchées. Le 14 août, elles sont à peine visibles ; le 26 août, l'image du lobe supérieur gauche a encore diminué de diamètre ; contours finement linéaires. Dès le 17 août, une bronchoscopie de contrôle avait montré un aspect normal de tout l'arbre bronchique.

Du 3 août au 10 septembre, la malade a été traitée par le chloramphénicol par voie générale et par voie locale (instillations endobronchiques, injections transpariétales), par la terramycine et par de petites transfusions sanguines. De plus, la cortisone a été reprise du 13 au 18 août (425 mg en six jours).

Au début de septembre, Mme L. peut être considérée comme une convalescente. L'examen général est entièrement normal, mais l'examen génital révèle une petite zone indurée au niveau du cul-desac gauche, qui semble être la séquelle d'une phlébite péri-utérine.

Le 8 septembre, numération globulaire : G.R., 4.400.000 ; G.B., 6.600 ; Vitesse de sédimentation : première heure, 15 mm ; deuxième heure, 28 mm. Radiographie pulmonaire le 23 septembre : dans le segment axillaire du lobe supérieur gauche, on voit encore l'image aérique de l'abcès principal, image arrondie de la taille d'une petite mandarine à contours linéaires extrêmement fins, dont les tomographies précisent le siège à 9, 11 et 13 cm du plan dorsal. La petite image aérique du lobe inférieur gauche persiste également. Le champ pulmonaire droit est indemne.

La malade quitte l'hôpital le 2 octobre et reprend très rapidement une vie normale. Des radiographies de contrôle pratiquées tous les deux mois montrent la réduction progressive de

volume des deux images bulleuses ; celle du lobe inférieur disparaît rapidement ; celle du lobe supérieur, sur le cliché du mois de décembre, ne dépasse pas le diamètre d'une pièce de 5 francs et se distingue à peine du parenchyme voisin.

Nous terminerons cette observation en donnant le détail de quelques examens bactériologiques complémentaires.

L'entérocoque (*Str. faecalis*) isolé dans l'hémoculture du 14 juillet, et étudié à l'Institut Pasteur par le Dr Wahl, était très sensible à l'auréomycine, au chloramphénicol, à l'érythromycine, assez sensible à la terramycine, résistant à la pénicilline et à la streptomycine.

Les colibacilles, isolés dans les hémocultures et dans le pus de la vomique, ont été confiés au Dr Le Minor. Il s'agissait, dans tous les prélèvements, d'un *Escherichia coli*, typique dans ses propriétés bio-chimiques. Par contre, les différents échantillons ne répondaient pas au même type sérologique, comme le montre le tableau suivant :

Origine du germe	Groupe antigénique
Hémoculture du 7 juil.	Non agglutinable par les sérums
	O : 1 à O : 25
Hémoculture du 10 juil.	Groupe O : 8
Hémoculture du 18 juil.	Groupe O : 6
Vomique du 23 juillet	Groupe O : 6
Aspiration bronchique du 31 juillet	Groupe O : 6

En résumé, l'évolution de la maladie s'est déroulée chez cette jeune accouchée en quatre phases :

Dans une première phase, à la suite d'un accouchement pénible où l'application de forceps a entraîné une déchirure du périnée et une déchirure du col, apparaît un état septicémique, marqué par la répétition des frissons et une fièvre élevée sans signes de localisation viscérale, dont l'hémoculture révèle l'origine

colibacillaire. Bien que le germe soit sensible à la pénicilline, à la streptomycine et particulièrement à leur association, la mise en oeuvre de l'antibiothérapie de choix ne modifie en rien la marche de la maladie : la température reste largement oscillante. Le colibacille, trois fois de suite, est retrouvé dans les hémocultures.

Dans une deuxième phase, au début du troisième septénaire, sans que soit décelable aucun signe de métastase, l'état général s'aggrave soudain. Un syndrome toxique, des signes sévères de défaillance cardiaque, font leur apparition, sur lesquels un traitement de déconnexion neuro-végétative reste sans effet.

Dans une troisième phase, l'adjonction de la cortisone à la streptopénicillinothérapie transforme en moins de vingt-quatre heures un tableau clinique extrêmement alarmant. Le délire disparaît, la diurèse se rétablit, les oedèmes se résorbent, la température revient à la normale.

Mais, dans une quatrième phase, au troisième jour de la corticothérapie, un point de côté suivi de crachats hémoptoïques signe la première embolie et les clichés thoraciques montrent le développement de six bulles pulmonaires qui, d'apparence purement aérique au début, se remplissent progressivement de pus. Cependant, l'état septicémique demeure guéri. La complication pulmonaire évolue comme une affection localisée. Des aspirations bronchiques, des instillations endo-trachéales d'antibiotiques, la ponction transpariétale de la bulle la plus volumineuse en viennent à bout et au troisième mois de l'évolution, la malade entre en convalescence. La seule image kystique qui persiste alors diminue lentement de volume ; huit mois après le début de la maladie, on distingue difficilement dans un champ pulmonaire un très petit kyste résiduel."

Cette observation appelle de nombreux commentaires. Avant de les aborder, il nous a semblé intéressant de regrouper les diverses autres observations que nous avons pu retrouver dans la littérature.

A en juger par celles-ci, l'infection puerpérale d'origine colibacillaire semble rare : nous n'avons pu en effet réunir que 24 observations indiscutables. Mais sans doute en existe-t-il un plus grand nombre de cas qui ou bien n'ont pas fait l'objet de vérification bactériologique, ou bien n'ont pas été publiés.

A ce propos, il nous faut mentionner la statistique d'Erich Leschke, portant sur l'étude bactériologique des infections générales post partum et post abortum : Cette étude est basée sur les hémocultures, les prélèvements utérins.

- Sur 178 cas d'infections post-partum, le colibacille fut retrouvé dans 8 cas, (soit 4,4 %) qui, tous, évoluèrent favorablement.
- Sur 878 cas d'infection post-abortum, le colibacille fut retrouvé dans 131 cas (14,9 %).

Compte tenu des conditions étiologiques, nous classerons nos observations en 2 groupes :

- d'une part, les septicémies colibacillaires du post partum : fièvre puerpérale proprement dite,
- d'autre part, les septicémies colibacillaires du post abortum.

A/- OBSERVATIONS POST PARTUM
(Résumées)
(désignées par les lettres de A à K)

OBSERVATION A

(WIDAL (F.), LEMIERRE (A.), BRODIN (P.))

- Septicémie colibacillaire survenue après un accouchement.
Arthrite du coude droit
Phlébite des deux membres inférieurs - Guérison
Hémoculture positive les 18 et 22ème jours
de la maladie - 1906.

o

Femme de 35 ans, qui, après un accouchement normal à terme, met au monde un enfant mort-né.

- 4 jours après l'accouchement,
apparaissent des signes d'arthrite du
coude droit, accompagnés d'asthénie
frissons
céphalées.

Il existe une albuminurie.

- 16 jours après l'accouchement, apparaissent les signes de début d'une phlébite du membre inférieur gauche,

- Au 22ème jour de l'évolution, la malade est hospitalisée.

Elle présente de l'asthénie

une altération du faciès

la température à 38° - pouls, 90

A l'examen physique, le foie était de volume normal, la rate était perceptible sur 4 travers de doigt.

Il existait quelques pertes vaginales inodores.
Au toucher vaginal : utérus un peu gros et mobile mais non douloureux, non empâté.

Le membre inférieur gauche est oedémateux, indolent.

Le coude droit était tuméfié et indolent.

- Le 23ème jour de la maladie, une hémoculture pratiquée révèle l'existence de colibacille en culture pure.

- Le 27ème jour, une nouvelle hémoculture retrouve également du colibacille.

- Du 22ème au 28ème jour de l'évolution, la température reste oscillante entre 37° et 38° sans qu'existent des signes cliniques particuliers.

- Le 28ème jour débute un oedème indolent du membre inférieur droit qui prend un aspect identique à celui du membre inférieur gauche.

- Le 29ème jour, la température tombe à 37° et va y demeurer.

- Les 32ème et 41ème jours de la maladie, des hémocultures pratiquées demeurent stériles. L'évolution se termine par la guérison.

La malade sort de l'hôpital au bout de 3 mois, après son accouchement.

o

OBSERVATION B

(MARQUIS)

- Septicémie puerpérale suivie de mort. Colibacille et Staphylocoque (variété citreus). 1908.

o

Primipare de 27 ans qui, à la suite d'une grossesse d'évolution normale, fait un accouchement compliqué d'une déchirure périnéale importante, non traitée.

- 3 jours après, apparaît la fièvre. Un médecin appelé fait une suture périnéale.

Le même jour, la température s'élève.

- Le 4ème jour après son accouchement, la malade est hospitalisée avec une fièvre à 40°.

- Le 5ème jour après son accouchement, alors que la température était à 40, une hémoculture est pratiquée, qui révèle du colibacille associé à du Staphylocoque (variété citreus).

La malade présente des sueurs profuses importantes, survenant par accès 3 ou 4 fois par jour.

A l'examen, on retrouve, outre un ballonnement abdominal, un utérus douloureux.

L'évolution est marquée par la survenue d'abcès des deux grandes lèvres suivis d'un abcès du talon.

La malade meurt, 30 jours après son accouchement, de défaillance cardiaque.

o

OBSERVATION C (MARQUIS)

- Accouchement dystocique - Septicémie puerpérale à colibacilles - 1908.

o

Malade de 33 ans, dont l'accouchement a été compliqué par une présentation de l'épaule.

Elle fut hospitalisée après avoir subi plusieurs touchers vaginaux, ainsi que plusieurs tentatives infructueuses de version par manoeuvres internes.

A l'hospitalisation un bras pendait de la vulve, l'enfant était mort. On procéda à l'extraction du fœtus et du placenta.

- 4 jours après, la température s'élève à 38°. Il existe des lochies fétides et un utérus douloureux.

Pendant 1 mois 1/2 la fièvre persiste sans grandes oscillations.

- Le 8ème jour après l'accouchement, alors que la température atteint exceptionnellement 38°9, une hémoculture est pratiquée qui permet de retrouver du colibacille.

L'évolution se fait vers la guérison.

o

OBSERVATION D (MARQUIS)

- Septicémie puerpérale entraînant la mort : Colibacille et Streptocoque - 1908.

o

Une femme de 33 ans accouche, en ville, après un travail ayant duré 48 heures, avec

application de forceps, d'un enfant mort-né.

- 4 jours après l'accouchement, cette femme est hospitalisée pour une pyrexie à 39° et un mauvais état général.

A son hospitalisation cette malade présente :

- un aspect infecté avec faciès terreux,
- une polypnée superficielle,
- des sueurs profuses intermittentes.

A l'examen, on trouve une déchirure complète du périnée; d'allure infectée.

Le toucher vaginal montre :

- un vagin contenant des lambeaux sphacelés,
- un col entr'ouvert,
- un utérus gros et douloureux.

Il existe des lochies fétides, dans les urines on trouve de l'albumine.

Une hémoculture est pratiquée, qui va montrer du streptocoque et du colibacille associés.

- Le 5ème jour, un curetage est pratiqué, la température tombe transitoirement à 37°.

- Le 6ème jour après l'accouchement, la température monte à 40° et la malade meurt le 11ème jour de la maladie dans un tableau de septicémie aiguë.

o

OBSERVATION E

(MARQUIS)

- Septicémie puerpérale avec phlébite et abcès de la cloison recto-vaginale - Bacille pseudo-tétanique et colibacille - 1908.

o

Primipare qui fait un accouchement normal (3 touchers vaginaux ont été pratiqués au cours du travail, tous avant rupture de la poche des eaux).

La délivrance est complète.

Le lendemain, la température est à 39°.

La malade se plaint de vagues douleurs abdominales.

Il existe un météorisme abdominal.

- 4 jours après l'accouchement, un curetage utérin est pratiqué, la température reste à 40°.

- Du 4ème au 10ème jour, la température a tendance à baisser.

- Le 10ème jour se produit une ascension thermique et apparaissent les signes de début d'une phlébite du membre inférieur droit.

- Le 14ème jour de la maladie, la température est à 39° 4.

Une hémoculture est pratiquée, qui va montrer du bacille pseudo-tétanique.

- Du 14ème jour au 67ème jour de la maladie, la température se maintient au-dessus de 39°.

- Le 67ème jour, alors que la température est à 39° 2, on découvre un abcès de la paroi recto-vaginale.

L'incision ramène du pus dont l'ensemencement et la culture montrent qu'il contenait du colibacille.

Dans les jours qui suivent cette incision de l'abcès, la température tombe.

La maladie évolue vers la guérison et la malade sort de l'hôpital 105 jours après son accouchement.

o

OBSERVATION F

(FELTY (A.R.), KEEFER (C.S.)). 1924.

Femme de 18 ans qui, au 8ème mois d'une grossesse, est hospitalisée pour une crise d'éclampsie à la suite de laquelle se déclenche le travail.

Le lendemain de l'accouchement apparaît un frisson.

La température est à 39° ; il existe une altération intense de l'état général.

La numération formule sanguine montre une leucocytose à 19.000 avec 85 % de polynucléaires.

Les urines sont d'aspect normal.

Une hémoculture est pratiquée, qui donne

lieu à une culture pure de colibacilles.

- 3 jours après l'accouchement, alors que la fièvre persiste, apparaît un ictère.

Il existe une albuminurie et une colibacillurie.

Une culture de prélèvement utérin montre du colibacille, une nouvelle hémoculture est pratiquée et reste stérile.

- Du 3ème au 14ème jours de l'évolution, la fièvre et une pyurie avec colibacillurie persistent.

- Le 14ème jour après l'accouchement apparaissent des signes de broncho-pneumonie avec une expectoration mucopurulente contenant de nombreux colibacilles et du pneumocoque.

La fièvre et les signes pulmonaires diminuent progressivement, tandis que les urines deviennent claires et stériles.

L'évolution se termine par la guérison.

o

OBSERVATION G

(AYACHE)

- Septicémie à colibacilles du post partum, guérie par le sérum anticolibacillaire de Vincent - 1931.

o

2ème pare qui, 16 heures après un accouchement normal, est prise d'un frisson intense.

La température est à 38°.

Le lendemain, la température est à 39°, le pouls à 120.

Le faciès de la malade est grippé.

L'examen physique montre un utérus à 4 travers de doigt au-dessus de la symphyse, indolent.

Les lochies ne sont ni fétides, ni purulentes.

L'abdomen est souple et indolent.

On envisage alors le diagnostic de septicémie puerpérale à Streptocoque.

- 2 jours après l'accouchement, la température est à 39°, le pouls à 120.

- Le 3ème jour, les frissons se répètent, la température atteint 40°3.

L'examen physique est négatif, ne retrouvant qu'une légère douleur de l'angle costo-vertébral droit.

Les urines sont troubles.

Il existe une pyurie.

Le colibacille y est retrouvé par culture et à l'examen direct.

Une hémoculture est pratiquée qui va montrer du colibacille.

On entreprend un traitement par le sérum anticolibacillaire de Vincent.

- 14 jours après le début, la fièvre diminue, mais il persiste pyurie et colibacillurie.

- Le 20ème jour, la pyurie a disparu, mais la colibacillurie persiste.

L'évolution se fait par la guérison.

Après la guérison, la malade reprend ses activités ; on contrôle ses urines 4 mois après ; on ne trouve pas de pus, mais des colibacilles à la culture.

2 ans après, à l'occasion d'une nouvelle grossesse, un contrôle bactériologique montre l'absence de germes dans les urines.

Le deuxième accouchement est normal sans incident de suites de couches.

o

OBSERVATION H

(ECALLE, ROUSSEL, LABIGNETTE).

- Méningite à colibacilles chez une accouchée - Guérison par streptomycine - 1948.

o

Ière pare de 32 ans qui, après un travail ayant duré 19 heures, fait un accouchement difficile (bourrelet oedémateux de la face antérieure du col ayant nécessité incision de la face antérieure du col et forceps).

Elle donne naissance à une fille vivante, normalement constituée, criant après 15 minutes de soins.

Le liquide étant malodorant, on fait une injection de 320.000 unités de pénicilline.

La délivrance est naturelle et complète.

On pratique une révision utérine et une réfection du col.

- 2 jours après apparaît un ictère sans décoloration des matières.

- Les jours suivants, l'ictère fonce et apparaissent des ecchymoses aux points d'injection, un purpura.

Il existe une torpeur avec obnubilation confinant au coma vigil (cet état va durer 3 jours).

Bref, il s'agit d'un aspect d'ictère grave, la malade n'est pas fébrile et la diurèse est supérieure à 1 litre.

Une numération formule sanguine est pratiquée qui montre une leucocytose à 16.500 avec 72 p. 100 de polynucléaires.

La malade sort de son coma après 3 jours, alors la température s'élève et atteint 39° et plus en quatre jours.

A ce moment la leucocytose atteint 20.000 globules blancs.

Des hémocultures en milieu aérobie et en milieu anaérobie sont pratiquées à plusieurs reprises : les deux premières restent stériles, la 3ème montre du colibacille.

Un prélèvement aseptique du corps utérin est pratiqué qui montre à l'examen direct et à la culture du colibacille.

Alors apparaissent :

une céphalée,

une raideur de la nuque et du membre inférieur

Une ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien hypertendu contenant du colibacille.

On substitue alors au traitement par la pénicilline fait jusqu'au résultat de la ponction lombaire un traitement par Streptomycine.

Les résultats sont immédiats.

La température diminue.

Les signes cliniques disparaissent.

Le liquide céphalo-rachidien devient clair et stérile.

L'évolution se fait vers la guérison, la malade sort 30 jours après son accouchement.

o

OBSERVATION I

(MERGER, LEGROS, VALENTIN)

- Méningite à colibacilles au cours du post partum - Guérison par Streptomycine - 1949.

o

2ème pare de 29 ans, qui fait un accouchement marqué par une crise d'éclampsie survenue au cours du travail, avec forceps ; suivi d'une délivrance artificielle.

Le lendemain, la malade est asthénique, la température monte à 40°.

La malade se plaint de céphalées occipitales violentes,

de douleurs lombaires bilatérales.

On note un subictère
une oligurie.

A l'examen physique, on ne trouve pas d'anomalie génitale, mais des points douloureux urétéraux supérieurs.

Dans les urines, on retrouve par culture du colibacille.

La numération formule sanguine montre une leucocytose à 30.000 globules blancs avec une polynucléose à 89 p. 100, l'urée sanguine est à 2 g.

On fait le diagnostic de pyélonéphrite à colibacilles avec atteinte rénale et syndrome toxique.

Pendant les 8 premiers jours de la maladie, la température reste élevée et oscillante.

- Le 8ème jour, la céphalée s'accroît,
l'état général s'aggrave.

Une ponction lombaire est pratiquée quoiqu'il n'existe pas de signes méningés.

Elle ramène un liquide céphalo-rachidien

hypertendu, louche, contenant 400 éléments et du colibacille retrouvé par culture.

On entreprend un traitement par Streptomycine intra-rachidienne et par voie générale.

- Le 10ème jour de la maladie, on constate la disparition du colibacille dans les urines et dans le liquide céphalo-rachidien.

Cependant, apparaissent des signes méningés :

- raideur de la nuque,

- signe de Kernig

- signe de Brudzinski

- Le 13ème jour, les signes méningés disparaissent.

Le traitement par la Streptomycine est poursuivi jusqu'à ce que la malade ait reçu 25 g du produit.

L'évolution se fait vers la guérison.

o

OBSERVATION J

(CATHALA (J.), CHABRUN)

- Thrombophlébite de la veine cave inférieure post-puerpérale. - Rôle éventuel de l'infection colibacillaire - 1926.

o

Une femme, qui était déjà fébrile et courbaturée 4 jours avant son accouchement.

Celui-ci fut normal, mais suivi d'une délivrance artificielle compliquée d'hémorragie.

A la suite de son accouchement, la température demeure au voisinage de 39° avec des frissons et des élévations thermiques à 40°-41°.

On note l'absence d'involution utérine et l'existence de lochies purulentes.

- 15 jours après l'accouchement, une révision utérine est pratiquée qui n'entraîne aucune amélioration.

- Au 20ème jour, la fièvre persiste.

On trouve des signes physiques pulmonaires au niveau de la base droite.

Le diagnostic de granulie est alors porté.

- Le 31ème jour après son accouchement, l'état général est altéré.

Il existe des signes généraux d'infection.

La température est à 39°-40° - Pouls à 130.

L'examen ne retrouve pas de signes de localisation.

Il existe une oligurie.

Les urines sont troubles et contiennent du colibacille.

On fait le diagnostic d'infection puerpérale avec pyélonéphrite.

- Entre le 40ème et le 57ème jour après son accouchement, s'installent des signes de phlébite des 2 membres inférieurs accompagnés par le développement d'une circulation collatérale de type cave-cave.

On porte le diagnostic de thrombose de la veine cave inférieure.

- Du 57ème au 77ème jour, l'état général s'améliore,

la température descend au-dessous de 38°, le pouls se ralentit.

Les signes de pyélonéphrite demeurent inchangés.

A l'examen cardiaque, un bruit de galop.

- Le 80ème jour l'état général s'aggrave brutalement :

La température monte à 40°,

apparaissent des signes fonctionnels :

- toux

- expectoration muco-purulente hémoptoïque.

- L'examen retrouve des signes de localisation au niveau du champ pulmonaire gauche.

- Le 93ème jour, on trouve des signes en foyer au niveau de l'hémithorax gauche.

Une ponction pleurale ramène un liquide citrin dans lequel la culture permet de retrouver un colibacille.

- A partir du 93ème jour, l'épanchement va augmenter et la mort surviendra 104 jours après l'accouchement.

Divers examens de laboratoire ont été pratiqués :

Des hémocultures furent pratiquées les 32ème, 38ème, 47ème et 52ème jours de la maladie ; elles furent toutes stériles.

Une hémoculture pratiquée le 59ème jour a mis en évidence du Staphylocoque (mais pour les auteurs de l'observation, il s'agirait d'un germe de souillure).

Dans les urines, on retrouva à 5 reprises, du 33ème au 81ème jour de la maladie, du colibacille.

Dans le liquide pleural prélevé par ponctions les 95ème jour et 97ème jour de la maladie, la culture trouva du colibacille.

Dans l'expectoration, on ne retrouva aucun germe.

Après la mort, on vérifia par l'autopsie, le diagnostic de thrombose de la veine cave inférieure.

La culture de la paroi veineuse montra du colibacille.

Au niveau du poumon, on trouva un infarctus pulmonaire suppuré.

o

OBSERVATION K

(CHEVASSU)

- Septicémie post partum à colibacilles -
Guérison par sérum anticolibacillaire de
Vincent - 1933.

o

Ère paré de 23 ans, dont l'accouchement fut compliqué par une déchirure du périnée.

- 14 jours après l'accouchement, on découvre dans son sang un germe non typique, mais faisant partie du groupe des colibacilles, ce qui entraîne son hospitalisation.

L'état général est grave, la température oscillante entre 39°8 et 40°.

On entreprend un traitement par le sérum anticolibacillaire de Vincent.

- Au 18ème jour, soit après 5 jours de traitement, la température est redevenue normale.

- Le 26ème jour de la maladie une hémoculture

est pratiquée qui est stérile.

- 32 jours après son accouchement, on pratique une urétéro-pyélographie rétrograde qui montre un aspect typique d'uretère et de rein gravidiques.

L'évolution se fait par la guérison.

°°°

B/- OBSERVATIONS POST ABORTUM
(Résumées)

(Designées par les lettres de A' à M')
OBSERVATIONS DE SEPTICEMIE PUERPERALE
POST ABORTUM
(comprenant les accouchements prématurés)

OBSERVATION A'

(WIDAL (F.), LEMIERRE (A.)) - 1904.

o

Femme de 29 ans qui, après un accouchement prématuré à 6 mois, est prise de :

- céphalées,
- vomissements
- diarrhée.

Le lendemain, elle est hospitalisée.

La température est à 38°4.

La malade présente de l'agitation et du délire.

Un examen clinique est négatif, ne retrouvant qu'un écoulement vulvaire fétide.

Il existe une albuminurie.

- 3 jours après l'avortement, la température est à 39°, la malade est dans le coma.

Une ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien purulent dans lequel on retrouve par culture et à l'examen direct du colibacille.

Une hémoculture est pratiquée qui montre du colibacille en culture pure.

Un prélèvement utérin montre l'existence de colibacilles.

La malade ne sort pas du coma et meurt 12 heures après ces différents prélèvements.

OBSERVATION B'

(BLACKADER (A.D.), GILLIES (B.D.)) - 1907

Malade de 27 ans qui a dans ses antécédents 2 grossesses.

Après des manoeuvres abortives, apparaissent brutalement :

douleurs abdominales

vomissements

hémorragies utérines

La malade est hospitalisée 2 jours après le début.

L'état général est altéré.

La température est à 39°.

Pouls presque imperceptible.

La malade est prostrée avec délire intermittent.

Il existe un ictère conjonctival jaune brunâtre et une coloration tégumentaire faisant ressembler sa figure à celle d'une "Indienne".

A l'examen, les extrémités sont froides et cyanosées.

Il existe une dyspnée.

L'examen ne retrouve ni hépatomégalie ni splénomégalie.

Les urines sont foncées, hématuriques sans pigments biliaires.

Elles sont albumineuses et on y retrouve des cylindres hyalins et granuleux.

Une numération formule sanguine montre 2.704.000 G.R., 79.200 G.B. avec 88 p. 100 de polynucléaires.

Le taux d'hémoglobine est à 48 p. 100.

Le sérum est jaunâtre.

Il existe une hémoglobinémie.

La malade meurt le même jour.

Une hémoculture pratiquée 18 jours avant la mort montre du colibacille en culture pure.

Dans les urines on retrouve également du colibacille.

OBSERVATION C'

(LENHARTZ, SCHOTTMULLER - cités par MARQUIS)

Femme de 32 ans ayant dans ses antécédents : 9 avortements et 2 accouchements ayant donné naissance à des enfants sains.

Elle fait un accouchement prématuré à 6 mois suivi de délivrance artificielle.

12 heures après, elle est hospitalisée pour une température à 40°.

A l'examen :

- écoulement vaginal fétide,
- rétention placentaire,
- la culture des lochies montre du colibacille à l'état de pureté et par hémoculture on retrouve le colibacille.

Le lendemain de l'avortement, l'examen retrouve des signes de bronchite diffuse.

- Le 2ème jour, la température monte de nouveau.

- Le 3ème jour, la température est à 39°3, une hémoculture est stérile.

- Du 3ème jour au 18ème jour se produit une amélioration.

- Le 18ème jour, la malade est apyrétique.

L'évolution se termine par la guérison.

OBSERVATION D'

(LENHARTZ - cité par MARQUIS)

7ème pare de 35 ans qui fait un avortement de 3 mois.

- 3 jours après l'avortement, une révision utérine est pratiquée.

- Le 5ème jour, apparaît un frisson qui va se répéter tous les jours du 5ème jour au 16ème jour après l'avortement.

La malade est hospitalisée le 16ème jour.

Alors elle se plaint de douleurs abdominales
ses selles sont liquides
la température est à 41°

A l'examen, on trouve un utérus gros et un écoulement vaginal purulent peu fétide.

- Le 18ème jour après l'avortement, après une amélioration transitoire, l'état général s'altère progressivement, aboutissant au coma.
Le pouls est altéré.

On pratique une hémoculture pendant laquelle la malade meurt.

On y retrouve du Streptocoque et du colibacille.

o

OBSERVATION E'

(LEMIERRE A.) (cité par MARQUIS)

o

Il s'agit d'un avortement suivi 2 jours après par l'apparition de grands frissons répétés avec grosse élévation thermique.

10 cm³ de sang prélevé et ensemencé ont montré le colibacille à l'état de pureté.

o

OBSERVATION F'

(BRAILLON, MERLE P.)

- Méningite aiguë à colibacilles.

Evolution vers la guérison.

Mort par épéndymite aiguë suppurée - 1913.

o

Femme de 23 ans, qui fait un avortement de 3 mois.

La température augmente.

La malade est hospitalisée le 22 mars 1913.

La température est à 39°.

Il existe une agitation avec délire.

A l'examen, on retrouve des croûtes secon-

daires à une éruption herpétique au niveau du pourtour labial et des joues.

L'examen trouve une raideur méningée avec un signe de Babinski bilatéral.

La ponction lombaire ramène un liquide céphalo-rachidien épais et purulent contenant du colibacille.

- Du 23 mars au 1er avril, la température reste oscillante entre 39°8 et 38°5.

L'agitation et le délire persistent.

- Le 29 mars, la ponction lombaire ramène un liquide trouble contenant du colibacille.

- Le 1er avril, la température est à 37°2.

Le liquide céphalo-rachidien est presque clair et stérile.

- A partir du 1er avril 1913, la malade reprend conscience, la température oscille entre 37° et 38°.

Le liquide céphalo-rachidien est clair mais signes méningés et vomissements persistent.

- Le 12 avril, la température s'élève au-dessus de 39°,

le pouls s'affaiblit,
les contractures musculaires

persistent.

La malade meurt le 20 avril 1913.

A l'autopsie, on trouve une épendymite purulente.

Les méninges sont histologiquement comme microscopiquement guéries.

Le colibacille retrouvé dans le liquide céphalo-rachidien était agglutiné par le sérum de la malade jusqu'à un taux de 1/1000.

o

OBSERVATION G'

(FELTY A.R., KEEFER C.S.) - 1924.

o

Femme de 23 ans, qui, 2 jours après un avortement provoqué présente des hémorragies génitales, des douleurs abdominales, des nausées.

Elle est hospitalisée 3 jours après l'avortement.

Température à 40°

L'état général est altéré.

La malade est prostrée.

Elle se plaint de signes fonctionnels douloureux abdominaux.

A l'examen, on note, outre l'écoulement sanglant vaginal, une coloration tégumentaire brun rouge foncé.

La numération formule sanguine montre leucocytose à 14.000 avec 85p. 100 de polynucléaires.

Les urines sont hémoglobinuriques et contiennent du colibacille décelé par culture.

Dans le sang on trouve une hémoglobinémie.

Une hémoculture est pratiquée qui révèle du colibacille (Hemolytic colon bacillus).

Les jours suivants, l'état général s'aggrave, la température dépasse 41°.

La malade meurt 14 jours après l'avortement.

A l'autopsie, on trouve un "utérus gravide contenant des membranes avec infection terminale par le bacille Perfringens".

o

OBSERVATION H'

(LEMIERRE A., LAPORTE A., MAHOUDEAU D.)

- Septicémie colibacillaire "post abortum"-
Pyopneumothorax fistulisé dans les bronches -
Guérison - 1931.

o

Avortement à 2 mois 1/2 avec élévation thermique à 38°5 pour laquelle la malade est hospitalisée.

Le lendemain, un curage digital est pratiqué.

- 2 jours après apparition d'un grand frisson et d'une élévation thermique à 41°3.

Dans les 24 heures qui suivent la malade présente 2 nouveaux frissons.

La température se maintient entre 40 et 41°.

L'examen clinique pratiqué est négatif.

La malade n'accuse aucun signe fonctionnel.

L'utérus est normal.

Les culs-de-sac sont souples et indolores.

On ne note aucun écoulement.

- Les 2ème et 3ème jours après l'avortement, des hémocultures sont pratiquées qui révèlent du colibacille.

- Au 5ème jour, l'état demeure inchangé.

On porte le diagnostic de Septicémie puerpérale sans signes de localisation.

On entreprend, avant de connaître le résultat des hémocultures, un traitement par immunotransfusion anti-streptococcique. Immédiatement après la première transfusion, la malade présente une toux répétée et une dyspnée.

- Le 6ème jour après l'avortement, la toux persiste, les crachats hémoptoïques apparaissent, cependant l'examen ne retrouve aucun nouveau signe clinique.

Les résultats des hémocultures sont connus et on entreprend un traitement par le sérum anticolibacillaire de Vincent.

- Le 9ème jour, l'état général de la malade est amélioré,

la température est aux alentours de $38/38^{\circ}5$, le pouls est à 110.

Il existe une expectoration hémoptoïque.

L'examen retrouve des signes en foyer au niveau de la base pulmonaire droite.

L'examen génital est négatif.

Une hémoculture est pratiquée et va demeurer stérile.

- Le 13ème jour de la maladie, l'expectoration hémoptoïque persiste, les signes en foyers pulmonaires restent inchangés.

- Le 16ème jour apparaissent des signes de phlébite du membre inférieur droit.

La température est à $39^{\circ}5$, le pouls à 120.

La symptomatologie pulmonaire demeure inchangée.

Des examens de crachats pratiqués montrent l'absence de bacilles de Koch.

- 34 jours après le début de la maladie les signes de phlébite droite régressent.

Une 4ème hémoculture est pratiquée qui va être stérile.

- Le 38ème jour, l'état général s'améliore, la température oscille entre 38°5 et 39°.

Les signes pulmonaires sont inchangés.

- Le 41ème jour, l'expectoration devient séro-purulente, l'haleine est fétide.

- Le 44ème jour, une 2ème ponction est pratiquée.

Le liquide prélevé, examiné bactériologiquement, contient de nombreux germes et du colibacille.

Une 5ème hémoculture pratiquée va rester stérile.

- Le 45ème jour de la maladie une vomique de pus fétide se produit et l'examen retrouve des signes d'un pyopneumothorax de la grande cavité.

- Du 45ème au 70ème jour de l'évolution, l'affection pulmonaire va rester bien tolérée, la température oscillant entre 37 et 38°, le pouls entre 100 et 120.

- Le 79ème jour, on pratique une intervention chirurgicale de drainage qui va amener la guérison.

La malade sort de l'hôpital 4 mois après l'avortement.

Examens de laboratoire :

Des hémocultures pratiquées le 3ème et le 4ème jour de la maladie révélèrent la présence de colibacille, 3 autres hémocultures furent pratiquées les 9ème, 34ème et 44ème jour et restèrent stériles.

Dans les urines, un examen pratiqué le 4ème jour de la maladie révéla du colibacille.

Un prélèvement de la cavité utérine fut pratiqué le 9e j. après l'avortement et montra du colibacille.

Dans l'expectoration, on trouva au 6ème jour une flore microbienne banale. Absence de BK.

Dans le liquide pleural, on trouva à deux reprises, le 34ème et le 70ème jour, d'innombrables germes avec prédominance de colibacilles.

OBSERVATION I'

(ROUHIER G.) - 1933.

o

3ème pare de 28 ans qui pratique des manoeuvres abortives avec 2 curetages et une injection d'eau savonneuse.

La malade est hospitalisée 5 jours après.

Elle présente un tableau de péritonite.

La température dépasse 40°.

Le pouls est à 120.

Une laparotomie d'urgence est pratiquée qui révèle l'existence de liquide fétide dans le petit bassin, ainsi que 2 perforations utérines.

Une hémoculture pratiquée avant l'intervention va révéler du colibacille.

Une deuxième hémoculture pratiquée après le résultat de la première va également montrer du colibacille.

L'examen bactériologique du liquide péritonéal prélevé en cours d'intervention montre du colibacille.

La malade meurt le 10ème jour.

La mort est due à une lésion d'endocardite maligne.

o

OBSERVATION J'

(ROUHIER G.) - 1933.

o

Il s'agit d'un avortement.

- Le début des hémorragies remonte à 7 h 30 du matin.

A 17 heures, la malade qui, dans la matinée, avait une température à 38°8 et un pouls à 92, présente des frissons répétés avec une élévation thermique supérieure à 40° et un pouls à 144.

On porte le diagnostic d'infection puerpérale.

Le lendemain, l'état général est altéré, la température est à 40°8, le pouls à 140.

Une hémoculture pratiquée va montrer du colibacille.

On entreprend un traitement par sérum anticolibacillaire.

- 3 jours après l'avortement, malgré le traitement, la température est à $40^{\circ}8$, le pouls à 120.

Apparaissent des signes cutanés :

Ecchymoses aux points d'injection,

Purpura des extrémités.

- Le 5ème jour, l'état général est de plus en plus altéré, la température est à $41^{\circ}4$, le pouls est à 128.

Une deuxième hémoculture est pratiquée qui va montrer du colibacille.

- Le 6ème jour, la température est à $40^{\circ}8$, le pouls à 134.

Les hémorragies génitales qui avaient cessé 24 heures après l'avortement, reprennent.

7 jours après son avortement, la malade meurt.

Une étude approfondie des germes découverts lors des 2 hémocultures spécifie "Germes voisins du Proteus ou de certains para-colibacilles".

o

OBSERVATION K'

(SAUVE) - 1930

Il s'agit d'un avortement provoqué.

Un curetage est pratiqué immédiatement après.

Puis apparaissent des signes généraux d'allure septicémique, et pendant 3 semaines la température demeure entre 39° et 40° .

Une première hémoculture reste stérile.

Dans les urines on découvre du colibacille.

Une deuxième hémoculture est pratiquée qui montre du colibacille.

On entreprend un traitement par auto-bactériophage adapté intra-veineux.

En 24 heures, une amélioration se produit.

D'autres hémocultures pratiquées par la suite demeurent stériles.

L'évolution se termine par la guérison.

o

: OBSERVATION L'

(PAULY R., FAUGERE G., GOUMAIN A.) 1950.

Méningite à colibacilles post abortum.-
Streptomycine - Guérison.

o

Une 2ème-pare fait un avortement à 5 mois
marqué par une extraction foetale pénible.

- 3 jours après, elle est prise de céphalée
et de vomissements.

- 7 jours après l'avortement, la malade fait
une crise convulsive avec cyanose suivie d'une
période d'agitation intense.

Devant l'existence de signes méningés frustes,
une ponction lombaire est pratiquée qui ramène
un liquide céphalo-rachidien louche contenant
du colibacille.

Un traitement par la Streptomycine est ins-
titué par voie intra-rachidienne et par voie
générale qui entraîne une amélioration specta-
culaire.

- 13 jours après l'avortement : Guérison.

o

OBSERVATION M'

(SCHOKAERT R., DRENEZ J.)

Gangrène utérine massive du post partum
1938.

o

Une 9ème pare, ayant dans ses antécédents
7 grossesses et une fausse couche, accouche
prématurément à 6 mois d'un foetus macéré et
putréfié.

L'arrière-faix est putréfié, la température
est normale.

Le pouls bat à 100, l'état général est bon.

Le lendemain, la température s'élève à 38°5,
le pouls à 130.

On note l'existence de lochies fétides.

La malade présente : prostration et tymphos.

A l'examen, on ne trouve aucun signe de sep-
ticémie.

- 2 jours après l'accouchement, après une amélioration transitoire des signes généraux, la température remonte et le pouls s'accélère à 110.

Des signes fonctionnels douloureux spontanés dans l'hypogastre apparaissent.

A l'examen, on trouve une sensibilité élective du fond utérin.

Le diagnostic de gangrène utérine est porté.

- Le 3ème jour la malade présente des signes généraux d'intoxication :

pouls filant
tendances lipothymiques
cyanose
dyspnée

L'examen trouve une contracture hypogastrique, mais il n'existe ni hépatomégalie, ni splénomégalie, ni ictère.

On porte le diagnostic de péritonite putride consécutive à une perforation possible de l'utérus.

- Le même jour, on intervient chirurgicalement et une hystérectomie est pratiquée.

La malade meurt 3 jours après l'intervention.

Examens de laboratoire : un ensemencement de prélèvement du col utérin en milieu aérobie et anaérobie montre du colibacille.

Une hémoculture pratiquée par ponction cardiaque immédiatement après la mort montre également du colibacille.

°°°

Les observations que nous venons de présenter appellent quelques remarques générales, qui ont trait :

- 1° aux conditions d'apparition de l'infection puerpérale colibacillaire
- 2° à l'origine des germes
- 3° au mode d'extension de l'infection.

CONDITIONS D'APPARITION

1) Après accouchement :

Sur 12 observations, on ne trouve

- que 2 accouchements normaux (G - E)
- les 10 autres ayant été pathologiques
 - enfant mort-né (1 cas : A)
 - enfant mort-né après forceps (1 cas : D)
 - accouchement à 8 mois, déclenché par une crise d'éclampsie (1 cas : F)
 - accouchements avec incidents évolutifs : (7 cas : W, B C H I J K)
 - tels que : déchirure périnéale
 - incision ou déchirure du col
 - délivrance artificielle, etc..

2) Après avortement :

Sur 13 observations, on trouve

- 4 avortements provoqués : B', G', I', K'
- 4 accouchements prématurés à 5 ou 6 mois : A', C', L', M'.
- 5 avortements sans détails anamnétiques : D', E', F', F', J'

Au total, si l'on considère l'avortement comme un accouchement anormal (prématuré ou provoqué), nous constatons que sur les 25 femmes qui ont présenté une septicémie à colibacilles dans leurs suites de couches, deux seulement avaient eu un accouchement strictement normal. Il semble donc, malgré notre petit nombre d'observations que le facteur "accouchement anormal" soit essentiel dans la survenue de cette infection .

CARACTERES DES ACCOUCHEMENTS												
	W	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Accouchement normal						0		0				2
Crise initiale d'éclampsie							x			x		2
Enfant mort-né		x	x									2
Forceps	x				x				x	x		4
Délivrance artificielle						x				x	x	3
Présentation de l'épaule				x								1
Déchirure périnéale	x		x									3
Traumatisme (Déchirure du col (incision	x								x			2

ORIGINE DES GERMS

- dans les observations que nous avons rassemblées, le colibacille fut découvert dans les organes génitaux à 6 reprises :
 - dans 2 cas post partum (F - H), par culture de prélèvement utérin,
 - dans 4 cas post abortum
 - 1 fois par culture des lochies purulentes (C')
 - 3 fois par culture de prélèvement utérin (A' H' M')

On peut donc conclure, dans ce petit nombre de cas, que le colibacille responsable de l'infection générale, provient des organes génitaux.

- Nous n'avons trouvé mentionnés dans aucune des observations, d'antécédents de "colibacillose".

- De nombreux auteurs se sont penchés sur le problème de l'origine des germes facteurs d'infection puerpérale.

- Pour Pilz (cité par Vidal et Lemierre in Nouveau Traité de Médecine), le colibacille serait retrouvé au niveau de la vulve dans 28 % des cas.

- Conty, O'Loughlin, MacMeans et Lipman s'étant livrés à l'étude systématique de la flore microbienne du col utérin au cours de la grossesse, par culture de prélèvements cervicaux effectués dans les jours précédant la puerpéralité chez 275 femmes enceintes, ont trouvé :

- du Staphylocoque dans 67 % des cas
(dont 66 % de staphylocoque blanc)
- du Streptocoque dans 12,7 % des cas
 dont : streptocoque hémolytique 1,8 %
 streptocoque viridans 4 %
- du Bacillus subtilis dans 7,2 % des cas
- du pseudo-bacille diphtérique dans 5,4 % des cas
- du COLIBACILLE dans 2,9 % des cas.

- Pour M.A. Ramsay, dans 27 % des cas d'infection colibacillaire post partum, il y aurait une infection concomitante des voies urinaires, qui peut avoir précédé ou succédé à l'infection génitale.

Ce même auteur, au cours d'une étude systématique portant sur 995 cas d'avortements septiques, a retrouvé par culture de prélèvement cervical :

sur 804 cas avec culture positive :

du colibacille isolé dans 42,3 % des cas,
du colibacille associé à d'autres germes :
(Streptocoques
B. perfringens
Staphylocoque, etc..) dans 74,3 %
des cas.

Le colibacille, hôte habituel du gros intestin, fréquemment retrouvé dans les voies urinaires, souille aisément pour des raisons anatomiques, les voies génitales basses. Cela peut expliquer qu'à la faveur des modifications anatomiques et physiologiques survenant lors de la puerpéralité, ce germe puisse atteindre la cavité utérine..

Ce fait pose le problème de la nature endogène ou exogène de l'infection puerpérale. On sait que, classiquement, seul l'apport exogène (par les mains de l'accoucheur ou par des instruments septiques) expliquait la survenue des infections puerpérales.

En fait, on peut considérer dans le cas des septicémies colibacillaires puerpérales que l'apport exogène est inexistant, il s'agit donc d'une infection due à un germe d'origine endogène, ainsi que nous l'avons vu.

La connaissance des septicémies colibacillaires (de même que des septicémies gonococciques) permet d'affirmer la réalité de l'infection endogène.

MODE D'EXTENSION

Physiologiquement, l'utérus, immédiatement après la puerpéralité, est envahi par des germes de provenance vaginale. Mais, à l'état normal, dans un utérus vide, balayé par le flux lochial, les germes se développent peu.

Il en va tout autrement dans certaines circonstances pathologiques ; d'une part la pénétration précoce, massive ou brutale des microbes peut dépasser les possibilités des défenses normales. D'autre part, la rétention de débris de membranes, de débris de placenta, de caillots sanguins, de fragments tissulaires, crée un milieu de culture très différent du contenu utérin normal. De là le rôle des avortements qui se produisent au-delà de la 4^{ème} semaine et le rôle des manoeuvres abortives. De là aussi, en cas d'accouchement à terme, l'action favorisante des accouchements dystociques, propices aux examens multiples, des hémorragies répétées, de l'inertie utérine, des traumatismes du forceps, hématomes, déchirure du col, bref de toutes les interventions qui entraînent l'attrition des tissus.

La diffusion microbienne par le courant circulatoire peut se faire par 2 mécanismes :

1) Le foyer infectieux primaire est représenté par le placenta infecté, par le contenu utérin, et, dans ce cas, un curettage, vidant l'utérus de son contenu septique, interrompt le passage du germe dans le sang.

Cliniquement, ce mécanisme donne lieu à une bactériémie.

2) Dans le processus septicémique, le passage des germes dans le sang est entretenu par un foyer infectant. On a vu des infections générales poursuivre leur évolution après curettage, l'utérus étant exempt de tout débris en rétention. Le foyer infectant siège donc dans l'organisme même, ayant des rapports intimes avec le courant sanguin.

Il semble actuellement prouvé que le foyer infectant est constitué par une phlébite des veines péri-utérines (le mécanisme pathogénique, et, en particulier, l'origine microbiennne de ces phlébites sont bien connus).

L'existence d'embolies septiques dans la petite circulation, dans les observations que nous avons rassemblées, nous paraît confirmer la nature phlébitique du foyer infectant.

Eingold mettait en doute l'existence de la phlébite colibacillaire. Il en existe cependant des observations indiscutables, où le colibacille a été retrouvé dans la paroi de la veine thrombosée (obs. J), et une observation comme l'observation W, marquée par la succession d'embolies pulmonaires dont le pus est riche en colibacilles atteste la présence d'un processus thrombo-phlébitique à l'origine de l'infection sanguine.

Est-ce dire que toutes les septicémies colibacillaires reconnaissent ce même mécanisme pathogénique ?

Le petit nombre des documents considérés empêche de l'affirmer. Même lorsque les observations font état du résultat de l'autopsie, le protocole de celle-ci est succinct, sans que soit mentionnée une dissection attentive du plexus veineux péri-utérin

°°

LES ELEMENTS CLINIQUES ET BIOLOGIQUES

°

LES ELEMENTS CLINIQUES

Les délais d'apparition sont brefs.

Dans la plupart des cas avant le 6ème jour (19 cas).

Fréquemment, dans les 24 premières heures (10 cas).

Les manifestations cliniques :

- La fièvre dessine une courbe thermique à grandes oscillations qui sera objectivée par la prise de la température toutes les 3 heures.

Elle est constante et s'accompagne souvent de frissons (8 cas).

Parfois des sueurs intermittentes et abondantes (2 cas).

- L'état général est relativement bien conservé tant qu'il n'y a pas de localisations métastatiques.

Dans l'observation W, l'état général est bon, malgré la répétition de frissons et la persistance du passage microbien dans le sang pendant les premiers jours. Il s'aggrave après l'installation du traitement par le chloramphénicol, et l'on peut se demander si cet antibiotique détruisant brutalement le colibacille et libérant son endotoxine n'a pas été le responsable du syndrome malin, comme cela s'observe dans le traitement des infections typho-paratyphiques par des doses de charge excessives de chloramphénicol.

- Le début clinique de la septicémie peut se manifester par une localisation secondaire :

- méningite,
- ictère etc... (6 cas)

L'hémoculture sera alors pratiquée à la recherche de l'étiologie de cette localisation.

Cet état septicémique va évoluer :

1) soit à l'état pur (8 cas), sans localisations secondaires avec des poussées fébriles, des sueurs, des frissons sans aucun signe physique évocateur (sauf quelques vésicules d'herpès, dans 2 cas).

et évoluer vers la guérison (5 cas)
ou vers la mort (3 cas)

	Guérison	Mort	Total des cas
Post-partum	2	2	4
Post-abortum	3	1	4
Totaux	5	3	8

2) soit émaillée de localisations infectieuses qui sont autant de complications et sur lesquelles nous insisterons.

A/- Etude statistique de ces localisations.

Nous avons pu dénombrer 10 localisations différentes pouvant s'associer :

- Ces localisations ont été retrouvées dans 17 observations.

- Dans 9 observations, il n'existait qu'une localisation (G - A' - B' - D' - F' - G' - H' - L' - M').

- Il y avait 2 localisations dans 6 observations (A - E - H - I - W - I').

- 3 localisations furent retrouvées dans 2 observations (F - J).

- Dans 8 observations, une localisation secondaire ouvrit le tableau clinique (A - G - H I - B' - F' - I' - M').

Evolution des cas où une localisation ouvre le tableau clinique :

Evolution	Guérison	Mort
Post-partum	4	0
Post-abortum	0	4
Total	4	4

On voit que dans les 4 localisations ouvrant le tableau clinique post-partum, l'évolution se fit vers la guérison, ce qui contraste avec

les cas similaires survenus post-abortum où l'évolution fut mortelle.

L'évolution générale des formes avec localisations :

	nombre de localisations						
	post-partum			post-abortum			
	1	2	3	1	2	3	Totaux
évoluant vers la guérison	1	5	1	2	0	0	9
évoluant vers la mort	0	0	1	6	1	0	8
	1	5	2	8	1	0	
	8			9			

On constate ainsi :

- sur 8 cas de localisations secondaires dans le post-partum (7 guérisons :
(1 mort)
- sur 9 cas de localisations secondaires dans le post-abortum
(2 guérisons
(7 morts)

B/- Du point de vue clinique :

Nous ne ferons que citer certaines complications rarement retrouvées :

- arthrite du coude : 1 cas (A)
- péritonite à colibacilles d'origine traumatique après manœuvres abortives : 1 cas (I')
- foyer suppuré : 1 cas (E) : abcès de la cloison recto-vaginale.
- endocardite, découverte d'autopsie : 1 cas (I')
- infection utérine : 2 cas
 - soit infection banale (D')
 - soit gravissime : gangrène utérine (M').

Nous insisterons davantage sur l'infection colibacillaire de l'arbre urinaire, de constatation relativement fréquente : 4 cas (G I F J),

Dans les 2 cas, il s'agissait d'un avortement provoqué avec altération importante de l'état général et coloration particulière des téguments : jaune cuivré ou brunâtre.

Il existait des signes biologiques d'hémolyse avec hémoglobinémie (et hémoglobinurie dans une des observations).

L'hémoculture a montré dans les deux observations du colibacille, mais alors que dans l'observation B', aucune hémoculture en milieu anaérobie n'avait été pratiquée (H. Mondor in Les avortements mortels), dans l'observation G', les auteurs ont retrouvé du *B. perfringens* au niveau de l'utérus, lors de la vérification.

En conclusion, les localisations hépatiques sont-elles vraiment dues au colibacille qui a été retrouvé dans le sang ? Il est permis de poser la question :

En effet, sur 4 cas :

1 avait subi lors de son accouchement une anesthésie par le chloroforme, et on connaît la fréquence de l'atteinte hépatique par ce produit.

1 avait du *Bacille perfringens* au niveau de l'utérus,

1 n'a pas subi d'hémoculture en milieu anaérobie, ce qui empêche d'éliminer l'hypothèse d'une septicémie à *Bacillus Perfringens*.

- Dans les cas d'ictère simple, le rôle du colibacille peut être retenu. La question de l'hépatite colibacillaire avait été naguère discutée, et lors même que l'hémoculture avait montré la présence du colibacille dans le sang, on avait pu se demander s'il ne s'agissait pas, en pareil cas, d'une bactériémie d'accompagnement au cours d'un ictère par hépatite virale. Certains auteurs, récemment, admettent l'existence de l'ictère colibacillaire.

- Dans les deux cas d'ictère hémolytique, il est très vraisemblable qu'il s'agissait de septicémie mixte à colibacilles et à per-

fringens et que ce dernier germe était responsable de l'hémolyse et de l'ictère.

- Les localisations méningées :

ont réalisé des méningites purulentes colibacillaires et sont survenues dans 5 cas :

2 cas post-partum qui, traités par antibiotiques ont évolué vers la guérison (H - I),

3 cas post-abortum (A' - F' - L') dont un seul, qui fut traité par antibiotique, guérit (L').

- Les méningites n'ouvrent pas le tableau clinique, mais surviennent du 3ème au 21ème jour après l'épisode puerpéral.

Si, dans certains cas, existaient

- des signes méningés nets (H - F')

- ou des signes méningés frustes (L')

dans les autres cas, où n'existaient pas de signes méningés, la P.L. systématique permit le diagnostic.

- Evolution :

Les 3 cas traités par la streptomycine (H - I - L') ont guéri.

Les 2 autres sont morts dont un du fait d'une épendymite suppurée colibacillaire, alors que le L.C.R. était devenu stérile.

Le diagnostic fut établi dans tous les cas par l'existence d'un L.C.R. purulent, contenant des colibacilles.

L'hémoculture fut positive dans 2 cas (H - A').

Dans l'observation F, le germe contenu dans le L.C.R. était agglutiné par le sérum de la malade jusqu'à un taux de 1/1.000.

Dans les cas I et L', les observations ne mentionnent pas d'hémoculture.

- Les localisations thrombo-phlébitiques :

ont été retrouvées à 4 reprises, toujours dans le post-partum, réalisant alors :

- dans 2 cas des phlébites des membres inférieurs (A et E).

- dans 1 cas une phlébite du petit bassin (W)

- dans 1 cas, une thrombose de la veine cave inférieure (J).

- Les phlébites des membres inférieurs n'ont aucun caractère particulier, permettant de les différencier des complications veineuses banales du post-partum : elles surviennent au cours d'un état infectieux (aux 10ème et 16ème jour), leur évolution se fait vers la guérison.

- La phlébite du petit bassin (W), si elle a été soupçonnée au cours de l'évolution de l'affection, comme point de départ du processus emboligène, n'a été retrouvée que lors de la guérison sous la forme d'une petite masse indurée siégeant dans le cul-de-sac gauche.

- Enfin, la thrombose de la V.C.I. (J) est survenue après le 40ème jour de l'évolution, marquée par l'installation d'une phlébite bilatérale des membres inférieurs, suivie par le développement d'une circulation collatérale de type cave-cave, ce qui a permis de poser le diagnostic (vérifié post mortem).

Les 2 cas de phlébite des membres inférieurs ont évolué vers la guérison, sans donner lieu à aucune complication évolutive, rejoignant ainsi l'évolution de la majorité des cas de phlébite du post-partum.

Au contraire, les cas de

- phlébite du petit bassin

- et de thromboses de la veine cave inférieure

ont donné lieu à des complications évolutives de type embolique (embolie pulmonaire), sur lesquels nous reviendrons.

L'observation J (thrombose de la veine cave inférieure) s'est terminée par la mort.

Les localisations pulmonaires (4 cas), sont pour la plupart de nature embolique, si on laisse de côté un foyer, dit bronchopneumonique (F) apparu au 14ème jour de l'évolution d'une septicémie colibacillaire, s'accompagnant d'une expectoration muco-purulente dans laquelle furent retrouvés du colibacille et du pneumocoque. L'évolution de cette "bronchopneumonie" se fit vers la guérison.

Les embolies pulmonaires sont retrouvées dans 3 observations :

- Dans 2 cas, il existait un foyer de thrombose originel :

W phlébite des veines péri-utérines
J thrombose de la veine cave inférieure.

Dans le cas H', aucune lésion primitive responsable n'est retrouvée.

- Dans 2 cas, l'embolie succède à une action thérapeutique
traitement par la cortisone (W)
immuno-transfusion (H')

Dans l'observation J, on ne retrouve aucune cause déclenchante.

- Dans les 3 observations, l'embolie pulmonaire n'a pas suivi l'évolution d'un infarctus de Laennec, mais a évolué à son tour, donnant lieu à des complications pulmonaires septiques à colibacilles, argument majeur pour affirmer la nature septique de l'embol.

Dans l'observation W, ce furent des lésions bulleuses multiples uni- puis bilatérales à contenu purulent et du colibacille fut retrouvé dans le pus d'une vomique.

Dans l'observation J, une pleurésie purulente se développe du même côté que le foyer embolique. La ponction pleurale permit de découvrir du colibacille.

Enfin, dans l'observation H', ce fut égale-

ment une pleurésie purulente qui se développa là encore du même côté que le foyer embolique. Cette pleurésie se fistulisa dans une bronche et donna lieu ainsi à un pyopneumothorax colibacillaire.

Faits remarquables :

- dans les cas W et H', la lésion pulmonaire évolua d'une manière autonome, après guérison du processus septicémique.

Chez ces deux malades, la complication pulmonaire importante fut remarquablement et paradoxalement bien supportée et évolua vers la guérison.

Dans le cas J, l'évolution fut fatale.

En conclusion, nous reviendrons sur quelques faits qui nous semblent dignes d'attention :

Dans le cas W où existait une phlébite des veines péri-utérines, l'émiettement du thrombus septique (sous l'effet du traitement cortisonique) sembla être la cause de l'embolie pulmonaire.

Dans le cas J, si aucune cause déclenchante ne fut retrouvée, on eut la preuve de la nature septique de la lésion veineuse initiale : la culture de la paroi de la veine cave inférieure thrombosée (prélevée post mortem) mit en évidence du colibacille.

Dans le cas H', l'observation ne fait mention d'aucune atteinte vasculaire susceptible d'être le point de départ de l'embol. On peut cependant supposer qu'une lésion thrombo-phlébitique existait, peut-être microscopique, et que l'immuno-transfusion ayant pu provoquer le morcellement du thrombus fut la cause de l'embolie pulmonaire.

Dans les cas W et H', les complications pulmonaires, quoique importantes (lésions bulleuses multiples, à contenu purulent, pyopneumothorax purulent de la grande cavité) furent remarquablement bien tolérées et guériront.

Elles évoluèrent toutes les deux pour leur propre compte après guérison du processus septicémique initial.

o

LES ELEMENTS BIOLOGIQUES

La découverte du colibacille dans le sang, par hémoculture, signe la nature de cette infection générale.

Malheureusement, ce résultat manque dans 6 des 25 observations que nous avons rassemblées. Cependant, nous avons cru pouvoir inclure ces observations dans notre étude du fait de la responsabilité évidente du seul colibacille dans la genèse de l'infection.

- Dans les 19 observations où une hémoculture a permis de découvrir du colibacille :

- ce germe était isolé dans 16 cas,
- il était associé à d'autres germes dans 3 cas (2 fois avec le streptocoque (D-D')
(1 fois avec le staphylocoque (B)).

- Dans les 6 dernières observations, le colibacille a été retrouvé uniquement au niveau des localisations secondaires

- Dans l'observation W, l'hémoculture a permis de tester la résistance des colibacilles isolés aux antibiotiques in vitro, ce qui a permis de guider le traitement (quoique, jusqu'à l'installation de la corticothérapie, les antibiotiques actifs in vitro furent inefficaces). Elle a permis également d'étudier les propriétés antigéniques des colibacilles retrouvés, montrant que plusieurs variétés sérologiques de germes s'étaient succédées dans le sang, dont une seule fut responsable des localisations pulmonaires septiques.

- Dans 2 cas, l'hémoculture retrouve un germe autre que le colibacille dans le sang, alors que, seul, le colibacille est retrouvé au niveau des différentes localisations

- Dans l'observation E, rapportée par Marquis,
 - on trouve dans le sang un bacille pseudo-tétanique,
 - le colibacille est retrouvé dans le pus d'un abcès de la cloison recto-vaginale.

Le rôle du colibacille dans la genèse de l'infection semble évident, la guérison coïncidant avec l'incision et le drainage de cet abcès.

Marquis explique le développement lors de la culture, de bacille pseudo-tétanique et l'absence de colibacille dans le sang par le fait qu'un des 2 germes a proliféré d'une façon excessive, ce qui a empêché l'autre de se développer.

- Dans l'observation J :

5 hémocultures successives sont pratiquées, toutes sont stériles à l'exception de la dernière où pousse du staphylocoque.

De l'avis des auteurs, il s'agirait d'un germe de souillure.

Par contre, le colibacille est retrouvé :

- dans les urines
- le liquide pleural (pleurésie purulente)
- dans un viscère prélevé post mortem (paroi veineuse)

- Dans les 4 observations où il n'est pas mentionné d'hémoculture, le colibacille a été retrouvé au niveau des localisations

urines et)
L.C.R.) dans l'observation I

L.C.R. dans les observations F' et L'

utérus (pièce d'hystérectomie))
et sang, prélevé post mortem) dans l'obs. M'

Il nous a semblé permis d'inclure ces cas sans colibacillémie dans le cadre de ce travail

- non seulement du fait de la découverte de colibacilles au niveau des localisations,

- mais aussi du fait :
 - des conditions d'apparition
 - du fait de symptômes cliniques hautement évocateurs.

Dans nos 25 observations, le colibacille fut retrouvé :

dans les urines	7 fois
L.C.R.	5 fois
expectoration	2 fois
liquide pleural	2 fois
utérus in vivo	5 fois
foyer suppuré	1 fois
viscère prélevé	2 fois
lochies	1 fois
liquide péritonéal	1 fois

°°°

PRONOSTIC GENERAL DES SEPTICEMIES PUERPERALES COLIBACILLAIRES

De l'étude des observations rapportées, on peut tirer le tableau suivant

	Post-partum			Post-abortion		
	Sept. pure	Sept. avec loc.	Total	Sept. pure	Sept. avec loc.	Total
Guérison	2	7	9	3	2	5
Mort	2	1	3	1	7	8
Total	4	8	12	4	9	13

De ce tableau, on peut tirer quelques conclusions :

a) Le pronostic global est meilleur dans les cas post-partum que dans les cas post-abortion

	Guérison	Mort
Post-partum	9	3
Post-abortion	5	8
Total	14	11

b) La septicémie puerpérale colibacillaire était considérée classiquement comme la moins grave des infections puerpérales

En fait, sur 25 observations, l'évolution fut fatale dans 11 cas.

La question se pose de savoir si le pronostic s'est amélioré depuis l'apparition des Antibiotiques. Il est difficile de conclure du fait du petit nombre des observations récentes (4 observations depuis 1948)

Mode évolutif
des septicémies colibacillaires puerpérales

Avant les antibiotiques				Depuis 1948			
Post-partum		post-abortum		post-partum		post-abortum	
Guéri- son	Mort	Guéri- son	Mort	Guéri- son	Mort	Guéri- son	Mort
6	3	4	8	3	0	1	0
ACEF GK	BDJ	C'H' K'E'	A'B' D'F' G'I' J'M'	WHI		L'	

On est frappé par le petit nombre d'observations publiées depuis l'apparition des antibiotiques. Sur 4 observations, 3 concernent des formes avec méningite colibacillaire qui, toutes, ont guéri, ce qui les oppose aux 2 autres cas de méningite (A' et F) qui survenus avant l'ère des antibiotiques eurent une évolution fatale.

Mais il existe des formes graves de septicémie puerpérale colibacillaire, à évolution rapide, et M. Ramsay cite le cas d'une septicémie colibacillaire post abortum "fulminans" ayant tué en 24 heures, avant que la chimiothérapie ait pu agir .

L'observation de notre maître R. Worms est une illustration de la gravité de certaines septicémies colibacillaires. Les antibiotiques seuls,

quoique actifs in vitro sur le germe responsable, n'ont pu être efficaces que grâce à l'apport de la corticothérapie.

A ce propos, nous voudrions insister sur les effets du traitement par la cortisone dans l'observation W.

La cortisone, dans cette observation, a eu un effet double :

- disparition des signes d'intoxication
- guérison de la septicémie.

1) On sait que la cortisone protège l'animal d'expérience contre les effets de l'endotoxine extraite d'*Escherichia Coli* et la cortisone amena la disparition des signes toxiques que présentait la malade.

2) L'association de cortisone aux antibiotiques qui, isolés, avaient été impuissants, a permis la guérison de la septicémie, ce qui implique que le foyer infectant devait être imperméable aux antibiotiques.

3 jours après le début du traitement par la cortisone, le foyer veineux se disloque ; en effet, à cette date, apparaît une embolie pulmonaire et le lendemain, la radiographie pulmonaire révèle la présence de 6 foyers métastatiques. On peut ainsi conclure à un véritable émiettement du thrombus, ce qui a permis la pénétration de l'antibiotique dans le foyer infectant et sa stérilisation.

Reprenant une conclusion de notre maître R. Worms, on peut dire qu'une des indications de la cortisone dans le traitement des septicémies est représenté par la résistance de l'état septicémique aux effets de l'antibiothérapie, à condition que l'échec clinique contraste avec la sensibilité microbienne in vitro à l'égard de l'antibiotique utilisé. Il faut, en pareil cas, suspecter l'existence d'un foyer séptique que sa structure protège contre la pénétration du médicament.

La Cortisone peut avoir le pouvoir de disloquer le gîte microbien et de le rendre perméable aux antibiotiques.

°°°

DIAGNOSTIC

- On ne peut affirmer le diagnostic de septicémie colibacillaire que par la découverte par hémoculture du germe dans le sang.

- Cependant, est-il possible de suspecter l'origine colibacillaire d'une infection du post partum ou du post abortum avant le résultat de l'hémoculture ?

Il existe quelques éléments cliniques de présomption :

- répétition de grands frissons sans signes de localisation métastatique et notamment sans signes d'embolie pulmonaire,
- conservation relative de l'état général,
- herpès, exceptionnel dans les septicémies streptococciques.

L'existence d'une colibacillurie est un élément plus contingent.

Certes la découverte de colibacille dans les urines d'une femme qui, après la puerpéralité, présente un état infectieux sans signe de localisation, est un argument permettant de soupçonner la nature colibacillaire de l'infection. Mais la colibacillurie, fait non exceptionnel, (on sait qu'un des repaires habituels du colibacille est l'appareil urinaire) peut très bien coïncider avec une infection générale due à un autre germe.

Seule, l'hémoculture donc, permettra de trancher.

°°°

TRAITEMENT

Le traitement de la septicémie colibacillaire repose avant tout sur les médications antibiotiques, et l'isolement, par culture, du germe responsable a non seulement un intérêt diagnostique mais également un intérêt thérapeutique. On peut étudier la sensibilité du colibacille isolé aux différents antibiotiques en déterminant pour chacun de ceux-ci les doses bactériostatique et bactériolytique. On peut également étudier les effets de l'association de différents antibiotiques. Il est ainsi possible d'utiliser le (ou les) médicament le plus efficace et le mieux adapté au germe en cause.

On sait que, plus que la Pénicilline, les antibiotiques les plus efficaces ont été, jusqu'à présent, la Streptomycine (dont nous avons vu dans plusieurs observations, le succès), et la Chloromycétine. Il faut souligner à propos de ce dernier médicament, les précautions à observer, qui sont les mêmes que celles en usage lors du traitement des infections typho-paratyphiques :

- proscription des doses de charge
- surveillance attentive des malades

la chloromycétine peut entraîner une lyse microbienne massive et brutale, provoquant la libération et la diffusion de l'endotoxine microbienne.

Dans certains cas de septicémie grave, ne répondant pas à un traitement antibiotique bien conduit, basé sur les résultats de l'antibiogramme, et utilisant des doses suffisantes, on peut être amené à employer la corticothérapie.

On peut considérer, d'après l'observation de notre maître R. Worms, qu'une des indications de la corticothérapie dans le traitement

des états septicémiques est l'inefficacité d'antibiotiques actifs in vitro sur le germe responsable. Il est vraisemblable que ce germe se trouve dans un foyer imperméable aux antibiotiques, l'adjonction à ceux-ci de cortisone, perméabiliserait ce foyer ou en modifierait la structure, de telle sorte que le germe, non protégé, subirait l'action des antibiotiques.

CONCLUSIONS

-:-

Le but de ce travail n'est pas de faire oeuvre nouvelle, mais simplement de reprendre, grâce à une observation privilégiée de septicémie puerpérale à colibacilles, quelques problèmes posés par cette affection.

Certains points nous ont paru dignes d'une attention particulière :

- les conditions d'apparition de cette maladie puerpérale,
en insistant sur le rôle :
 - des accouchements anormaux,
 - des avortements.

Cependant, il faut rappeler que deux cas indiscutables sont secondaires à un accouchement normal
à terme
non traumatisant.

- l'origine du germe :

Celui-ci préexiste dans l'organisme :

- soit au niveau des muqueuses génitales,
- soit à distance, dans les voies urinaires et surtout le tube digestif, qui sont les repaires habituels du colibacille.

Ce fait met en évidence la réalité des septicémies d'origine endogène, dont la septicémie puerpérale colibacillaire est une illustration.

- les éléments cliniques d'orientation :
évoquant la nature colibacillaire du tableau septicémique,
- l'importance des complications :
en particulier les embolies,

- La nature du foyer infectant, qui n'est apparue avec netteté que dans deux observations ; il s'agissait de lésions veineuses thrombo-phlébitiques.

Enfin, sur le plan thérapeutique, l'isolement bactériologique du germe responsable permet l'établissement d'un antibiogramme, base du traitement.

-:-

Vu :
Le Président :
signé : MOLLARET

Vu :
Le Doyen :
signé : L.BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

- VI -

T A B L E A U X

-:-

ELEMENTS BIOLOGIQUES

- VI -

T A B L E X

-:-

BIBLIOGRAPHIE

-:-

ACHARD

Septicémie colibacillaire
Journal des Praticiens. 19/7/1930 n° 29
p. 465

AYACHE

Septicémie à colibacilles du post partum
guérie par le sérum anti-colibacillaire
de Vincent
Communication au Congrès national de la
Colibacillose. Châtel-Guyon 1934

A.D. BLACKADER, B.D. GILLIES

General infection by the colon bacillus
with rapidly fatal septicemia and haemo-
globinaemia
The New-York medical journal 1907
T. LXXXV p. 483

BRAILLON, MERLE

Méningite aiguë à colibacilles. Evolu-
tion vers la guérison. Mort par épendy-
mite aiguë suppurée
Bulletin et Mémoire de la Sté Médicale
des Hôpitaux de Paris 1914 p. 332 Séance
du 20/2/1914

BRULE M.

Septicémie à colibacilles
Traité de Médecine 1948

CATHALA J., CHABRUN

Thrombo-phlébite de la veine cave infé-
rieure post-puerpérale. Rôle éventuel
de l'infection colibacillaire
Bulletin et Mémoire de la Société Médi-
cale des Hôpitaux de Paris 1926 p. 1480

CHALLAMEL

De la similitude clinique d'une infec-
tion colibacillaire avec l'infection
puerpérale
Monde Médical 15/7/1934

Compte rendu du Congrès National de la
Colibacillose à Châtel-Guyon 1934

CONTY E.A., O'LOUGHLIN D.L., McMEANS S.W.,
LIPMAN G.S.

A study of the bacteriology of the
cervix during pregnancy and its rela-
tion to puerperal morbidity
Surg. Gyn. Obst. sept. 1941 73 n° 3
367-374

DUGUE F.

Contribution à l'étude des colibacillé-
mies
Thèse Paris 1921. Paris Th. Med. 1920/
1921 n° 454

ECALLE, ROUSSEL, LABIGNETTE

Méningite à colibacilles chez une
accouchée. Guérison par streptomycine
Semaine des Hôpitaux. N° du 6/I/1951
p.96.

FELTY A.R., KEEFER C.S.

Bacillus coli Sepsis
JAMA LXXXII 1924 1430

GERNEZ-RIEUX

Septicémies à colibacilles
Encyclopédie médico-chirurgicale 8.024
A.10

de LAVERGNE V.

Séméiologie des Septicémie médicales
Rapport au Congrès Français de Médecine
XIXème Session Paris 1927
Septicémies à colibacilles
p. 144 17 2

LEMIERRE A.

L'ensemencement du sang pendant la vie ;
procédé d'investigation clinique.
Paris 1904 in-8° (273 p.)
Paris Th. Med. 1903-1904 n° 532

LEMIERRE A., AUGIER P., MAHOUDAU-CAMPOYER D.
Sur quelques cas de colibacillémies
Revue de Médecine n° 6 p. 333-349
juin 1932

LEMIERRE A., LAPORTE, MAHOUDAU-CAMPOYER
Septicémies colibacillaires du post
abortum
Bulletin et Mémoires de la Sté Médicale
des Hôpitaux de Paris 8/I/1932 p. 7

LEMIERRE, RIVALLIER
Colibacillémie gravidique sans pyéloné-
phrite.
Bulletins et Mémoires de la Sté Médicale
des Hôpitaux de Paris 28/3/1924 n° 12

LESCHKE E.
Sepsis
in: Spezielle Pathologie und Therapie
innerer Krankheiten (KRAUS F.,
BRUGSCH T.)

MARQUIS
Staphylococcies et colibacillosos puer-
pérales
Annales de Gynécologie et d'Obstétrique
Avril 1908 p. 207

MERGER, LEGROS, VALENTIN
Méningite colibacillaire au cours du
post partum. Guérison par la streptomycine.
Bulletin des gynécologues et obstétrici-
ens de langue française
2 : 166-167 1950

MICSUNESCO A.P.
Contribution à l'étude des formes pures
de septicémie colibacillaire
Thèse Paris 1953

MILLIEZ P., F. BESANÇON
Infections à colibacille.
Collection Médico-Chirurgicale
(Flammarion éditeur) p. 501

MONDOR

Les avortements mortels
Paris Masson édit. p. 248 in-8°

PAULY R., FAUGERE G., GOUNAIN A.

Méningite à colibacille post abortum
Streptomycine. Guérison.
Bulletin de l'Association des Gynécologues et Obstétriciens de langue française
Séance du 2/5/1950 p. 309.

PONCET G.

Septicémies colibacillaires d'allure primitive
Thèse Médecine Paris 1938 n° 222
Paris Degrange 1938 in-8° (104 p.)

POTOCKI

Bactériologie sanguine de l'infection puerpérale
Annales de gynécologie et d'obstétrique
1918 Nos 3 et 4.

ROCH René

A propos de quelques observations de colibacillémies
Annales de Médecine 1938 T. 44 p. 271

ROUHIER G.

Deux cas de septicémie à colibacilles mortels après avortement
Mémoire Acad. de Chirurgie
Déc. 1936 (Séance du 2/12/36) p. 1367

RAMSAY Melvin

Puerperal Sepsis
Modern Practice in infection Fever
publié sous la direction de Stanley Banks

RAMSAY A.M., BROWN E.H., MANNERS S.H.

Investigation and treatment of septic abortion
British Medical Journal novembre 19-
1955 vol. II p. 1239

SAUVE

Un cas de septicémie grave à colibacilles guéri par une injection intra-veineuse de bactériophage adapté
Bulletins et mémoires de la Sté de Chirurgie de Paris. Séance du 26 mars 1930 p. 485

R.A. SUZOR

Lés Septicémies à colibacille des suites de couches
Revue de médecine janvier 1939 56 N° I 69 -79

WIDAL Fernand

Etude sur l'infection puerpérale, la Phlegmatia Alba Dolens et l'Erysipèle
Paris 1889 in-4° (169 p.)
Paris Thèse Médecine 1888-1889 n° 123

WIDAL, BENARD

Pyélonéphrite gravidique descendante par septicémie colibacillaire
Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale 1912 p. 317 15/3/1912

WIDAL F., LEMIERRE A.

Colibacillose
Nouveau traité de Médecine T. III
p. 233 Masson édit.

WIDAL F., LEMIERRE A.

Septicémie colibacillaire
Gazette des Hôpitaux n° 81 1904 p.803

WIDAL F., LEMIERRE A., BRODIN P.

Quatre cas de septicémie colibacillaire
Bulletins et Mémoires de la Sté Médicale des Hôpitaux de Paris 2/7/1920

WORMS R.

Les septicémies d'origine utérine
Semaine des Hôpitaux de Paris n° 77
18 octobre 1951

WORMS R., MERY J. Ph., HUMMEL J.

Remarquables effets de la cortisone associée à l'antibiothérapie dans un cas

de septicémie puerpérale colibacillaire
Bull. et Mém. de la Sté Médicale des
Hôpitaux de Paris Nos 29 30 31 1955
p. 1194.

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

